

Université de Montréal

**Description des valeurs éthiques dans la politique de lutte contre
le paludisme en Côte d'Ivoire**

par
Patrick Anges Gogognon

Faculté de médecine

Département de médecine sociale et préventive
Programmes de bioéthique

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue
de l'obtention du grade de maître ès arts (M.A.)
en bioéthique

Avril 2012

© Patrick Anges Gogognon, 2012

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Description des valeurs éthiques dans la politique de lutte contre le paludisme
en Côte d'Ivoire

Présenté par : Patrick Anges Gogognon

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Vinh-Kim N'Guyen

Président-rapporteur

Béatrice Godard

Directrice de recherche

Matthew Hunt

Membre du jury

RÉSUMÉ

À l'instar de nombreux pays en développement, la prévention et la prise en charge du paludisme présente occupent une place centrale dans les politiques publiques en Côte d'Ivoire. En vue de fournir des outils d'aide à la décision aux acteurs politiques, plusieurs études sur l'évaluation de l'efficacité et des coûts des programmes sont régulièrement engagées. Toutefois, très peu d'études se sont penchées sur les dimensions éthiques de ces programmes. En conséquence, nous avons choisi d'explorer dans une perspective éthique les programmes de prévention et de prise en charge du paludisme en Côte d'Ivoire à travers une analyse documentaire descriptive. La méthode qualitative fut retenue à cet effet.

Ce mémoire vise à démontrer que la lutte contre le paludisme est une entreprise qui intègre des valeurs éthiques implicites notamment de solidarité et de promotion de la vie en santé. En outre, des mesures particulières notamment de gratuité d'accès aux services de prévention et de prise en charge sont prévues dans le but de prendre en compte les populations vulnérables face au paludisme. Le chapitre d'analyse nous permettra de montrer comment ces dispositions présentent des limites en ce qui concerne l'équité. Enfin, nous allons démontrer que ces dispositions spécifiques sont susceptibles in fine de générer voir d'accentuer les risques d'inégalités sociales.

Mots clés : paludisme, prévention, éthique, équité, valeurs, inégalités sociales, politiques de santé.

SUMMARY

In the Ivory Coast, like in many developing countries, prevention and management of malaria has occupied a central place in public policy. Many studies evaluating the effectiveness and program costs are regularly conducted to provide tools in order to help improve decision-making for political actors. However, very few studies have examined the ethical dimensions of these programs. I therefore chose to explore the programs of prevention and treatment of malaria in Ivory Coast through an ethical perspective by examining the descriptive literature. The qualitative method was chosen for this purpose.

This master's thesis aims to demonstrate that the fight against malaria implicitly incorporates ethical values such as solidarity and promotion of life through healthcare. In addition, special measures including free access to prevention and care are provided in order to take into account the populations that are particularly vulnerable to malaria. The analysis will show how these measures have limitations in terms of equity. Finally, I demonstrate that these specific measures are generating or even accentuating social inequalities.

Keywords: malaria, prevention, ethics, fairness, values, social inequalities, health policies.

Table des matières

RÉSUMÉ	iii
SUMMARY	iv
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES ABREVIATIONS	viii
REMERCIEMENTS	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : Revue de littérature	5
1.1 Publications retenues.....	6
1.2 Méthode de cueillette des données.....	7
1.3 Description des programmes	8
1.3.1 La prévention.....	9
1.3.2 La prise en charge	12
1.4 Enjeux et impacts des programmes.....	13
CHAPITRE II : Démarche méthodologique	20
2.1 Approche et devis de recherche.....	21
2.2 Cadre d'analyse.....	22
2.2.1 Justification et pertinence.....	22
2.2.2 Limites du cadre d'analyse.....	26
2.3 Une démarche inductive.....	27

CHAPITRE III : Analyse	29
3.1	Contexte et historique.....30
3.2	Valeurs émergentes et normes : identification et justification.....38
3.2.1	Promotion de la vie en santé et du bien être.....38
3.2.2	Œuvrer pour le bien des individus.....39
3.2.3	Promotion du bien commun.....40
3.2.4	Responsabilité de l'état envers les populations et devoir de protection.....43
3.2.5	Correction des inégalités sociales face à la santé.....45
CHAPITRE IV : Discussion	48
CONCLUSION :	60
RÉFÉRENCES :	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Justification des valeurs phares et des valeurs sous-jacentes aux interventions de promotion de la santé.....	26
Tableau 2	Synthèse épidémiologique	34
Tableau 3	Impacts socio économiques du paludisme	35
Tableau 4	Synthèse des connaissances et attitudes sur le paludisme.....	54
Tableau 5	Synthèse des pratiques sur le paludisme.....	55

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CRD.....	Centre de Recherche pour le Développement
DDT	Dichlorodiphényltrichloroéthane
MII	Moustiquaire Imprégnée d’Insecticides
MILD.....	Moustiquaire Imprégnée Longue Durée
DPN	Document de Politique nationale
MSBF	Ministère de la Santé Burkina Faso
MSHP	Ministère de la Santé et de l’Hygiène Publique Côte d’Ivoire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
PSFRP.....	Plan Stratégique Faire reculer le paludisme
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RBM	Roll Back Malaria
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNICEF	Programme des Nations Unies pour l’enfance

REMERCIEMENTS

En 2009, en plein questionnement sur ma réorientation académique et professionnelle, j'ai découvert les programmes de bioéthique en consultant le site internet de l'Université de Montréal. Ma curiosité initiale s'est très vite transformée en un intérêt depuis lors croissant pour la discipline. Je remercie à cet égard l'ensemble des professeur(e)s et chargé(e)s de cours que j'ai eu le privilège de côtoyer au cours de mon cursus pour m'avoir fait partagé leur expérience et démontré à maintes reprises leur générosité intellectuelle.

J'adresse tout particulièrement mes sincères remerciements à Madame Béatrice Godard ma Directrice de recherche pour l'encadrement et la disponibilité dont elle a fait preuve tout au long de la préparation de ce mémoire.

Ce travail a été mené à son terme grâce aux bourses de début et de fin de maîtrise des programmes de bioéthique.

INTRODUCTION

Lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé tenue à Ottawa le 21 novembre 1986, la santé a été reconnue comme une « *ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel et une dimension importante de la qualité de vie* » (OMS, 1986). On peut reconnaître ainsi l'importance de la santé dans le monde à travers les efforts des États pour en assurer la promotion et prévenir les maladies. Dès lors, la santé apparaît comme « *le lieu d'expression du développement économique et social, un marqueur de la richesse et du développement des nations* » (Massé, 2001). Cependant, dans les pays en voie de développement, et singulièrement en Côte d'Ivoire, assurer la promotion de la santé, prévenir les maladies et organiser leur prise en charge soulève d'importants enjeux. Le manque de ressources financières, l'insuffisance des infrastructures socio-sanitaires, la défaillance des mesures d'assainissement et d'hygiène publiques ainsi que le faible niveau d'éducation des populations figurent parmi les facteurs qui influencent l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé. La lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire nous servira d'exemple en vue d'analyser quelques uns de ces enjeux.

Parler des enjeux aux plans social et économique du paludisme revient à reconnaître que la maladie affecte une proportion importante de la population dans les pays où il est endémique. En 2008, l'Organisation Mondiale de la Santé estimait à 247 millions les cas de paludisme avec environ un million de décès principalement chez des enfants vivant en Afrique.

Outre les enfants, on trouve dans la catégorie des populations vulnérables les femmes enceintes chez qui il est rapporté des taux élevés de fausses couches soit jusqu'à 60% et des taux de décès maternels compris entre 10 et 50%. (OMS, 2010). L'ampleur de ces chiffres montre malheureusement que le paludisme, en dépit du fait qu'il soit une cause importante de morbidité et de mortalité, est fortement incrusté dans le quotidien des populations. Dans les régions où il est endémique, l'affection du paludisme participe d'une certaine banalité de la vie; « *Qui n'en a pas été affecté?* » peut-on interroger (Dozon, 2005).

Des études rapportent ainsi que le paludisme est reconnu comme un frein réel au développement humain durable du fait de son impact notamment sur :

- *l'espérance de vie (décès prématurés);*
- *l'éducation des enfants (absentéisme à l'école, séquelles neurologiques);*
- *la productivité (absentéisme au travail, baisse de la force de travail, etc.);*
- *l'épargne familiale et nationale (coût des médicaments, des hospitalisations, etc.).*

(MSBF, 2007).

Au plan économique, les données répertoriées par l'OMS indiquent des coûts directs estimés à plus de 12 milliards de dollars US. On note ainsi que jusqu'à 40% des dépenses de santé publique en Afrique sub-saharienne sont consacrés au paludisme.

Au plan médical, les défis restent de taille. Les programmes de prophylaxie conduits dans le passé notamment à partir des insecticides et de la nivaquine, ont produit des résultats mitigés. Au contraire, les données épidémiologiques rapportés par l'OMS et citées ci-dessus viennent conférer à cette maladie « *un statut de problème de santé publique* ». En Côte d'Ivoire, la lutte contre le paludisme intervient dans le cadre d'un programme dénommé « Plan National de Lutte contre le Paludisme » (PNLP). Les moyens identifiés dans le PNLN sont axés autour de la prévention et de la prise en charge des cas de paludisme. Alors que la prévention inclut la lutte anti-vectorielle, la communication pour le changement de comportement et la prophylaxie, la prise en charge quant à elle renvoie au traitement curatif conformément au protocole thérapeutique en vigueur. Ces moyens identifiés dans le PNLN nous rappellent ainsi ceux que Raymond Massé reconnaît dans la santé publique à savoir « *l'éducation à la prévention, la lutte aux comportements à risques et la promotion de saines habitudes de vie* » (Massé, 2001). Il s'agit à cet égard de veiller à la protection des populations notamment contre les dangers des épidémies.

Menée dans une perspective éthique, notre réflexion se veut avant tout une démarche pour la mise en lumière des valeurs éthiques dans le programme de lutte contre le paludisme et, le cas échéant, des conséquences susceptibles d'en résulter. La perspective éthique dans laquelle ce travail de recherche est réalisé est motivée par les fondements épistémologiques et idéologiques des interventions de promotion de la santé tels qu'ils ont été présentés par Raymond Massé (2001, 2003). Nous en retiendrons deux. Le premier fondement établit que les décisions, planifications et interventions en santé publique reposent sur des fondements épistémologiques et sont garanties par un savoir rationalisé et une certitude scientifique dans l'identification des problèmes de santé. Ainsi, « *Le pouvoir des professionnels de la santé publique repose donc sur la rationalisation des connaissances. Les savoirs sont alors organisés en fonction d'une vision organisée du monde* » (Massé, 2003). Nonobstant ce savoir rationalisé, Massé nous rappelle que 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.

Le second fondement présume que l'action de promotion et de prévention de la santé est bonne en soi. Il est notoirement admis que la santé est une cause qui requiert des interventions massives, invasives, intempestives (Massé, 2003). Ces interventions étant destinées à assurer « le plus grand bien pour le plus grand nombre ». Or, « *cet impératif est devenu tellement évident, tellement ancré dans les politiques néolibérales de gestion des risques qu'on ne songe ni à le questionner, ni à en analyser les implications* » (Massé, 2003).

S'agissant de ces implications, nous rejoignons Guttman pour qui les valeurs éthiques comme la bienfaisance ou la solidarité sont au cœur des interventions en santé publique car, « *values also underlie the reasons for choosing what populations should be targeted by the intervention, what strategies and techniques should be used and how to evaluate the intervention* » (Guttman, 2000).

Notre projet de recherche consacré à la politique de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire sera l'occasion d'en questionner et d'analyser les implications éthiques.

Dans ce sens, la fonction de l'éthique sera :

« ...de tenter de faire ressortir les finalités éthiques qui sont sous-jacentes à ces pratiques et institutions, de faire que leurs acteurs assument pleinement ces finalités comme des objets d'enquête et de délibération au même titre que les questions techniques... » (Weinstock, 2006).

Le produit de notre réflexion sera présenté en quatre parties. Nous consacrerons le premier chapitre à une revue de littérature. Nous aborderons à cet égard la situation dans plusieurs pays d'Afrique de l'ouest francophone. Le second chapitre sera consacré aux objectifs et à la méthodologie. Le troisième chapitre consacré à l'analyse nous donnera l'occasion d'identifier et décrire les valeurs éthiques. Nous observerons que la politique nationale pour la lutte contre le paludisme véhicule des valeurs éthiques implicites articulées autour de la mobilisation communautaire, la solidarité sociale et la protection des personnes vulnérables. Nous terminerons enfin avec un quatrième chapitre consacré la discussion de nos résultats. Nous constaterons à cet égard que la politique nationale montre quelques faiblesses en matière de justice sociale et notamment de réduction des inégalités sociales.

CHAPITRE I

REVUE DE LITTERATURE

Cette étape nous donnera l'occasion de situer notre recherche dans l'état des connaissances disponibles sur la lutte contre le paludisme. Notre objectif à ce stade est de rapporter les principaux problèmes étudiés et leurs enjeux en liens avec notre question de recherche.

La revue de littérature va porter sur les programmes de lutte contre le paludisme dans quelques pays d'Afrique de l'ouest. La délimitation de l'espace géographique obéit à un souci d'efficacité, trois pays ont été pris en compte à ce stade du travail de recherche : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire et le Sénégal. D'autres critères ont été retenus en vue de conforter ce choix, il s'agit notamment des points de convergences qui apparaissent dans les programmes mis en œuvre dans ces pays, tels que :

- Des stratégies de lutte préventives et curatives;
- L'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé;
- L'adhésion au programme « Faire Reculer le Paludisme » etc.

1.1 Publications retenues

Les publications retenues proviennent en premier lieu de revues spécialisées dans les maladies tropicales en Afrique de l'ouest. Deux revues scientifiques ont été identifiées : la revue « Médecine tropicale » et le « Bulletin de la société de pathologie exotique ».

La revue Médecine tropicale est présentée comme l'une des rares publications francophones spécialisée en pathologie tropicale avec une « *polyvalence scientifique qui facilite son audience internationale auprès de praticiens hospitaliers et acteurs de santé en milieu tropical* » (www.revuemedecinetropicale.com). Elle est publiée six fois par an.

Le Bulletin de la société de pathologie exotique est un recueil d'articles scientifiques largement diffusé dans les bibliothèques universitaires de nombreux pays francophones.

Au titre de ses objectifs figure la « *promotion de la santé et l'information en pathologie tropicale* » (<http://www.pathexo.fr/standard-1301-1.html>).

Le Bulletin de la société de pathologie exotique est publié cinq fois par année. Ces deux revues sont indexées sur les bases de données Pubmed et Medline.

En deuxième lieu, outre ces deux revues dont les publications sont essentiellement en français, nous avons également retenu des publications en langue anglaise qui, sans être spécifiques à la Côte d'Ivoire ou à l'Afrique de l'ouest traitent avec pertinence des enjeux sociaux et économiques en rapport avec la lutte contre le paludisme. Les articles concernés ici sont publiés dans les revues « American Journal of Tropical Medicine and Hygiene » et « Tropical Medicine and International Health Revue ». Ces revues sont également indexées sur les bases de données Pubmed et Medline.

En troisième lieu, nous avons retenu des ouvrages de professionnels de la santé, des rapports d'études ainsi que des thèses et mémoires portant sur les aspects anthropologiques, sociologiques et médicaux du paludisme. Enfin nous avons consulté des documents de politiques élaborés par les autorités et organismes chargés de la lutte contre le paludisme au niveau local et international.

1.2 Méthode de cueillette des données

Nous avons interrogé la base de données pubmed/medline à partir d'un panel de mots-clés incluant notamment les termes et expressions suivants : **Paludisme, malaria, prévention, contrôle, valeurs, normes, Afrique de l'ouest**, et ce depuis 2000. C'est à partir de l'année 2000 que des changements majeurs sont intervenus dans l'organisation de la prévention et de la prise en charge du paludisme dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne avec notamment la Déclaration d'Abuja et l'adhésion de plusieurs pays au Partenariat Faire Reculer le Paludisme. Au terme d'un premier tri, nous avons obtenu 82 articles potentiellement pertinents pour notre revue de littérature.

Après une première lecture, nous avons décidé de retirer les articles scientifiques traitant la prévention contre le paludisme à partir d'outils et méthodes empruntés aux sciences mathématiques et aux statistiques.

Nous avons également retirés les articles traitant des essais cliniques sur le paludisme. Ceci nous conduit à un second tri au terme duquel nous avons retenu 65 articles présentés dans le tableau suivant.

Thèmes abordés dans les articles	Nombre d'articles (n=65)
Description et mise en œuvre des stratégies et moyens de lutte contre le paludisme	20 articles
Représentations sociales et attitudes des communautés face au paludisme et aux messages de prévention	15 articles
Questions d'intérêt socio-économiques et paludisme	25
Interactions entre programmes de lutte contre le paludisme et autres programmes de développement	5 articles

1.3 Description des programmes

L'organisation actuelle de la lutte contre le paludisme montre une forte mobilisation internationale. C'est à partir de 1992 qu'une nouvelle stratégie mondiale incluant la prévention par la lutte anti-vectorielle a été présentée par l'OMS. Au même moment, les pays africains ont été fortement encouragés à mettre en place des programmes nationaux de lutte contre le paludisme. (Doré, 2007) Mais il faut attendre 1998 pour observer l'achèvement de cette restructuration à travers l'institution du partenariat « Faire Reculer le Paludisme » (FRP) par l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque Mondiale.

Ainsi, la stratégie globale de FRP vise à la réduction de la mortalité et la morbidité associées au paludisme par le biais d'une couverture universelle et d'un renforcement des systèmes de santé. (Rollback Malaria, 2010).

Fortement marquées par les initiatives au plan mondial, les stratégies observées dans la littérature se rapportent à la réduction de la morbidité ainsi qu'à la prévention de la mortalité. Trois axes majeurs peuvent être distingués à cet égard. Il s'agit d'une première part d'un traitement rapide du paludisme. Le recours à un diagnostic fiable et à un traitement basé sur des protocoles thérapeutiques homologués est essentiel à cette fin. D'une seconde part, on note une politique de chimio-prophylaxie ciblée à l'attention des personnes reconnues vulnérables, soient les femmes enceintes, les nourrissons et les voyageurs.

Vient enfin la lutte anti-vectorielle au bénéfice de l'ensemble des populations. L'application de ces axes suppose une adaptation à chaque contexte local. Dans les zones humides, la transmission du paludisme est élevée et s'observe toute l'année.

Dès lors, les actions engagées dans la lutte contre la maladie sont permanentes. Dans les zones de savane ou sahélienne, la transmission du paludisme est intermittente et il est davantage tenu compte des variations entre les périodes sèches et les périodes de pluie dans la mise en œuvre des actions de lutte contre la maladie (Darriet, 2007).

Les moyens retenus dans les PNLP sont axés prioritairement autour de la prévention et de la prise en charge des cas de paludisme.

1.3.1 La prévention

La prévention est mise en œuvre à partir notamment de la lutte anti-vectorielle, de la communication pour le changement de comportement et la prophylaxie. Les actions reconnues en matière de lutte anti-vectorielle montrent une grande diversité et portent à la fois sur l'environnement et sur le cadre de vie. Ainsi, sur l'environnement, il est préconisé des mesures d'hygiène et de salubrité vigoureuses dont notamment le drainage des eaux domestiques usées et l'assainissement des zones marécageuses. La lutte anti-larvaire qui participe également des actions sur l'environnement est une méthode qui consiste à détruire les larves des moustiques vecteurs de la maladie sur leur lieu même de reproduction à l'aide de pulvérisation d'insecticide.

Sur le cadre de vie, sont notamment privilégiés les traitements intra et extra domiciliaires qui consistent en l'application d'insecticides à l'intérieur et à l'extérieur des habitations. Un accent particulier est porté à l'utilisation de grillages fins aux portes et aux fenêtres ainsi que l'emploi de moustiquaires traitées aux insecticides.

Les actions ici sont destinées à réduire le contact avec le vecteur du paludisme à partir d'une barrière physique et chimique. La moustiquaire traitée appelée aussi moustiquaire à effets rémanents occupe une place relativement importante parmi les moyens recommandés aux populations à cet effet. La moustiquaire est perçue comme « *est une protection mécanique simple, limitant de façon très efficace le contact homme-vecteur....* » (Darriet, 2007).

Se basant sur des critères épidémiologiques, des études consacrées à l'utilisation de la moustiquaire traitée notamment en Afrique subsaharienne rapportent des résultats significatifs :

« *La réduction de la mortalité – de l'ordre de 20 % lorsque les moustiquaires sont installées correctement et à une large échelle – ainsi que la baisse de la morbidité palustre de moitié, y compris pour les formes cliniques sévères ...* » (Darriet, 2007).

L'importance de la communication dans la prévention tient au fait que les principales difficultés rencontrées dans la lutte contre le paludisme ont pour causes majeures les comportements humains (MSBF 2007). Les actions de communication ont dès lors pour objectifs de produire un changement profond et durable dans les attitudes des populations : « *Le but visé est d'une part de produire chez les populations ciblées un changement de comportement et, d'autre part, d'éviter tout risque lié à la transmission et à la contamination* » (N'Dior et Kadjo, 2005).

De nombreuses ressources sont mises à contribution à cette fin, notamment des agents de la santé, des associations communautaires, des autorités politiques et religieuses, des médias en vue d'assurer une communication de proximité. Le volet communication s'articule autour d'activités d'éducation, de formation et de sensibilisation. En particulier, il s'agit d'assurer au sein de la population la promotion des mesures de la lutte anti vectorielle décrites ci-dessus.

Ici, la formation visera en priorité l'usage et l'entretien des moustiquaires de manière à ce qu'elles assurent efficacement leur rôle de barrière physique et chimique contre les moustiques. Ceci traduit l'importance d'assurer des activités de sensibilisation appropriées afin que

« ...la population comprenne d'une part comment et pourquoi la moustiquaire est un outil efficace de prévention contre le paludisme et, d'autre part, qui sont les individus à risque que l'on doit protéger en priorité » (Doré, 2007).

La communication est ainsi privilégiée car elle permet d'améliorer et faciliter la prise en charge des malades du paludisme dans le cercle familial ou au niveau communautaire. L'attention particulière et les efforts soutenus à cette fin visent l'engagement des populations dans la lutte contre le paludisme. Alors qu'il apparaît normal chez certaines personnes de connaître plusieurs épisodes de paludisme au cours d'une année, la communication permettra *« ...de dénaturer la maladie....de ne plus considérer le paludisme comme un évènement normal »* (Doré, 2007).

Enfin pour ce qui est de la prophylaxie, les programmes ne recourent plus à la chimio-prophylaxie de masse et procèdent à des interventions vers des groupes cibles notamment les femmes enceintes et les personnes qui proviennent essentiellement des régions non impaludées (N'Doye et Adjagbé, 2005).

Chez la femme enceinte, la prophylaxie s'opère dans le cadre du Traitement Préventif Intermittent (TPI) qui est appliqué au cours de la grossesse. Ce choix de viser particulièrement cette catégorie résulte des recommandations de l'OMS en 2000. Ainsi dans les zones de forte endémicité, les femmes en bénéficient systématiquement dans le cadre des soins prénataux (Coulibaly, 2008). L'objectif est de prévenir les effets néfastes du paludisme sur la grossesse, en particulier le faible poids à la naissance du nouveau-né, les avortements et les mort-nés. (MSBF, 2007). Le TPI consiste en l'administration de sulfadoxine pendant le second et troisième trimestre de la grossesse tandis que chez les personnes en provenance de zones non impaludées la prophylaxie consiste en l'administration de méfloquine ou de doxycycline trois semaines avant le voyage et toute la durée du séjour (MSHP, 2005).

1.3.2 La prise en charge des cas

La prise en charge des cas de paludisme a été profondément modifiée à partir de 2005 pour tenir compte des taux d'échecs thérapeutiques particulièrement élevés dans plusieurs pays. Ainsi au Burkina Faso, on observait en 2003 des taux d'échecs thérapeutiques compris entre 26,9% à 63,3% pour la chloroquine et de 10% pour la sulfadoxine-pyriméthamine (MSBF, 2007). Ces données viennent rappeler que les résistances aux traitements anti-paludiques constituent un problème majeur de santé publique dont les causes sont bien identifiées. On sait aujourd'hui que les résistances au traitement sont notamment causées par une utilisation généralisée et abusive des antipaludiques. L'augmentation de la morbidité qui en résulte constitue une menace importante pour la lutte antipaludique. (OMS, 2006). Dès lors, la fiabilité du diagnostic et la qualité de la prise en charge constituent des éléments fondamentaux dans le traitement de la maladie. Mis en œuvre avec efficacité, le diagnostic permettra de limiter les recours non justifiés aux traitements antipaludiques et partant, d'améliorer le diagnostic d'autres affections qui présentent les mêmes signes cliniques. (OMS, 2006). Cette démarche présente de nombreux avantages dont notamment :

« une meilleure prise en charge des malades du fait de la certitude que l'on a qu'ils sont atteints, l'identification des sujets non impaludés chez lesquels un autre diagnostic doit être recherché et enfin la prévention d'une exposition inutile aux antipaludiques... » (OMS, 2006).

Si la description des programmes de lutte contre le paludisme a permis de montrer les stratégies et les moyens initiés au niveau des autorités sanitaires des différents pays, on remarque que ces plans sont mis en œuvre dans différents contextes socio-économiques qui vont influencer leur déroulement ainsi que les réactions des populations à ces programmes. Différentes préoccupations émergent en conséquence. Quels comportements s'agit-il de changer et pourquoi? Quels sont les dangers auxquels s'exposent les populations en adoptant ces comportements? Les implications induites par les changements de comportement requis auprès des populations sont-elles évoquées dans les plans de lutte?

Les populations ciblées dans la communication pour le changement de comportement ont-elles un rôle actif ou passif en la matière?

1.4 Enjeux et Impacts

Des études consacrées aux perceptions des populations à propos du paludisme nous donnerons l'occasion d'évoquer quelques uns des comportements et attitudes sur lesquels portent les programmes de lutte contre le paludisme. En décrivant les attitudes et les perceptions au sein des communautés, ces études soulignent l'importance de les prendre en compte dans la conception et la mise en œuvre des programmes. Différents points permettent de les mettre en relief. Tout d'abord les conceptions sur le vecteur du paludisme et à cet effet, on retient d'une part que :

« des recherches sur le comportement des populations révèlent qu'au sein des communautés africaines, le moustique n'est pas toujours perçu comme le vecteur de l'infection palustre ». D'autre part, *« la méconnaissance du vecteur du paludisme est associée à une série de croyances à propos de l'apparition de la maladie : le soleil, la consommation exagérée d'arachides, les vers intestinaux... »* (Doré, 2007).

Ensuite les attitudes au sein des communautés où on relèvera notamment que :

« Le comportement en matière de stockage d'eau, d'évacuation des eaux usées et d'entretien du logis encourage la prolifération des vecteurs du paludisme » (Doré, 2007).

Dans une étude menée en 2007 au Burkina Faso, Some et Zerbo décrivent aussi les causes que les populations attribuent au paludisme :

« Les causes naturelles (Dieu, climat, environnement; les causes alimentaires (huile, repas froids, repas gras et sucrés) et enfin le moustique » (Some et Zerbo, 2007).

Considérant cette pluralité de causes et leur hiérarchisation par les populations, Some et Zerbo observent que *« Le moustique n'est pas vraiment perçu comme une cause du paludisme...même en citant le moustique, ils font référence à d'autres causes ».* (Some et Zerbo, 2007). La pluralité des causes attribuées au paludisme est également observée par Dossou-Yovo et al en Côte d'Ivoire.

Leurs travaux révèlent que les piqûres de moustiques sont reconnues comme la cause principale du paludisme mais, l'exposition au soleil et l'alimentation trop grasse sont aussi régulièrement évoquées (Dossou-Yovo et al, 2001). Doannio et al notent à cet égard que les populations ne réfutent pas strictement la thèse de l'existence d'un lien entre le moustique et le paludisme mais semblent donner la priorité à des facteurs tels que le soleil, la fatigue due au travail et la consommation d'aliments riches en gras (Doannio et al, 2006).

Cette conception qu'ont les populations sur l'origine attribuée au paludisme favoriserait l'idée selon laquelle le paludisme est une maladie banale qui fait partie du quotidien. On note à cet effet que « *la connaissance du paludisme par les populations et l'accessibilité des plantes censées le traiter laissent croire que le paludisme n'est pas une maladie grave* ». (Some et Zerbo, 2007)

En conséquence, on peut constater que ces connaissances populaires sur le paludisme viennent en conflit avec le message de prévention véhiculé dans les campagnes de lutte.

En effet, alors que le message de prévention rappelle que le paludisme est une maladie grave et mortelle qu'il est possible d'éviter, les représentations populaires voient dans le paludisme une maladie de tous les jours. Some et Zerbo notent ainsi que

« *qui dit maladie de tous les jours induit qu'il est difficile à prévenir. Ainsi la non utilisation des moyens de prévention conséquents du paludisme fait partie d'un ensemble de représentations de la maladie, des causes, du traitement et de la prévention* » (Some et Zerbo, 2007).

Doannio et al. ont pour leur part observé des résistances dans l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides malgré les efforts de promotion consentis à cette fin. Par ailleurs, parmi les populations qui l'adoptent, il est rapporté l'importance de la perception de la moustiquaire imprégnée comme un moyen de protection contre les nuisances des moustiques plutôt que comme un moyen de se protéger du paludisme. (Doannio et al, 2006).

Ils démontrent également que l'organisation de l'habitat constitue un obstacle à l'adoption et à la vulgarisation de la moustiquaire imprégnée.

« Les unités de couchage sont le plus souvent inadaptées. Leur nature est fortement liée aux spécificités culturelles mais aussi au niveau socio-économique » (Doannio et al, 2006). En outre,

« Les difficultés d'utilisation de la moustiquaire sont également liées au nombre de personnes partageant la même unité de couchage et aux conditions techniques d'utilisation. L'inadaptation des nattes, couramment utilisées en milieu rural constitue un obstacle à la protection des enfants qui y dorment le plus souvent contre le paludisme » (Doannio et al, 2006).

De ce qui précède, il apparaît que la mise en œuvre des plans de lutte contre le paludisme, bien que soutenue par des arguments scientifiques éprouvés nous plonge dans une entreprise d'acculturation des populations.

Ainsi Doannio et ses collègues, après avoir constaté dans leurs travaux les obstacles à l'utilisation de la moustiquaire, recommandent l'éducation des personnes réticentes dans l'objectif de les convaincre de la nécessité de dépasser les limitations individuelles et culturelles relatives à son utilisation.

Les objections soulevées par certaines personnes enquêtées dans les travaux de Doannio et al au regard de l'organisation de leur habitat traduisent avec pertinence les contraintes susceptibles d'être rencontrées sur le terrain :

- *« Comment déployer une moustiquaire sur une natte et l'utiliser efficacement? »*
- *« Comment réussir à contenir 3 à 4 enfants sous une moustiquaire posée sur une natte sans que celle-ci ne s'use »* (Doannio et al, 2006).

Ces questions ont le mérite de révéler que l'adoption de la moustiquaire suppose des bouleversements dans l'organisation et la gestion de la vie quotidienne.

L'auteur Jaffré qui a consacré d'importants travaux au paludisme en Afrique de l'Ouest note à propos de l'introduction des moustiquaires dans les foyers :

« D'un point de vue social, c'est parler des manières de lit, des schèmes d'actions incorporés, des normes culturelles qui règlent l'endormissement et font qu'il semble naturel de dormir ou de partager sa couche d'une certaine manière ». (Jaffré, 2003).

L'adoption de la moustiquaire est également une affaire d'utilisation de l'espace.

Dans les zones rurales notamment :

« ...la chambre et le lit ne sont pas toujours des espaces autonomisés correspondant à une activité spécifique...il s'agit souvent en milieu rural d'une superposition d'aires fonctionnelles sur un même espace. On mange, on balaye et on peut dormir sur le même espace » (Jaffré, 2003).

Comme on peut le constater, les programmes de lutte contre le paludisme nous plongent véritablement dans une entreprise qui influence les conditions et les habitudes de vie au sein des communautés.

Ce faisant, ces programmes ne peuvent être dissociés des questions socio-économiques qui émergent sur le terrain lorsqu'il s'agit de déployer les interventions de prévention et de prise en charge. Une synthèse de ces questions abordées dans la littérature nous donnera l'occasion de les apprécier. Parmi celles-ci figurent notamment l'état de pauvreté et de vulnérabilité de certaines catégories de populations, les barrières à l'accès aux services de santé et l'éducation.

En effet, plusieurs publications reconnaissent que dans la plupart des pays en développement, « *malaria disproportionately affects the poorest of the poor populations* » (Barat et al, 2004). Les familles et les communautés défavorisées sont ainsi maintenues dans une spirale continue de pauvreté car une part substantielle voire la totalité des revenus d'un foyer peut être consacrée à gérer les épisodes de paludisme (Uguru et al, 2009).

Atteindre ces populations implique en conséquence que les programmes veillent d'une part à lever les barrières notamment financières et géographiques qui limitent l'accès aux soins et aux services de prévention et, d'autre part, réduisent la marginalisation dont sont victimes les populations les plus pauvres.

Barat observe ainsi dans ses travaux des disparités dans l'usage des services de santé par les plus pauvres alors que de nombreuses interventions en santé publique sont destinées à les rejoindre. Or en pratique, si ces services sont déployés en vue d'atteindre les plus pauvres, « *the poorest groups have been shown to be least likely to receive the benefits of those services* » (Barat et al, 2004). La lutte contre le paludisme est concernée au premier chef par ces constats du fait des liens pervers que cette maladie entretient avec la pauvreté.

Cette étude interpelle l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme pour une attention davantage soutenue à l'égard des pauvres en vue d'atteindre les objectifs des programmes de lutte contre le paludisme. Ce qui passe notamment par une meilleure compréhension « *of what types of approaches are best at reaching the poor and what barriers limit access and use of essential malaria control services* » (Barat et al, 2004).

La question des barrières financières est fort pertinente car les populations les plus pauvres consacrent moins de moyens financiers à la prévention et par conséquent restent les plus exposées aux piqures de moustiques et au paludisme (Uguru, 2009).

En ce qui concerne les barrières géographiques, elles peuvent constituer de sérieuses entraves à la réalisation des objectifs des programmes de lutte contre le paludisme car la distance séparant les communautés des centres de soins surtout en milieu rural influence grandement leur attitude dans la prise en charge du paludisme. C'est pourquoi des mesures particulières doivent être recherchées dans le but de faciliter l'accessibilité géographique et financière aux différents groupes socio-économiques et notamment les plus pauvres (Onwujekwe, 2008). Celles-ci pourraient consister en des stratégies visant à s'assurer que « *the poor pay relatively lower amounts of money for the treatment of malaria and that will encourage the greater use of hospitals* » (Uguru, 2009).

L'éducation pourrait constituer aussi un puissant atout pour atteindre les objectifs de la lutte contre le paludisme car le niveau de connaissance sur la maladie est élevé en proportion avec le niveau d'éducation (Worrall, 2005).

On retiendra enfin que la lutte contre le paludisme peut être une entreprise complexe lorsqu'elle est déployée sur le terrain concomitamment à d'autres programmes d'amélioration des conditions de vie des populations. C'est notamment le cas avec les liens supposés ou réels entre les épisodes de paludisme et les aménagements hydrauliques réalisés dans les zones d'endémie palustre pour l'agriculture irriguée.

Dans une synthèse de différentes études où des chercheurs explorent cette problématique, Gérard Parent et al (2002) nous permettent d'apprécier la complexité de la question.

Ainsi, à propos de l'impact de certains aménagements hydrauliques réalisés au Burkina Faso, Diabaté et al (2000) notent que le développement des points d'eau en vue de la riziculture irriguée favorise la prolifération des moustiques incluant les vecteurs du paludisme. Ils relèvent aussi que l'utilisation généralisée des pesticides pour l'agriculture contribue à renforcer le phénomène de résistance des moustiques aux insecticides. Au contraire dans le nord de la Côte d'Ivoire, Henry et al (2000) ont observé que l'augmentation importante du nombre de moustiques en raison de l'aménagement de barrages pour l'agriculture n'entraîne pas systématiquement une augmentation des cas de paludisme.

Au regard de ce qui précède, nous pouvons remarquer que la lutte contre le paludisme est une entreprise ancrée au cœur des conditions de vie et des habitudes des communautés. En conséquence, les réponses apportées à la menace que constitue le paludisme pour la santé des populations ne peuvent pas être neutres et montrent qu'il faut tenir compte des valeurs éthiques mises de l'avant dans les programmes de prévention du paludisme. Dans cette perspective, nous rejoignons Guy Bourgeault lorsqu'il rappelle que « *la santé publique comme projet d'amélioration de la qualité de vie des humains appelle le questionnement éthique* » (Bourgeault, 1998).

En tout état de cause, il apparaît avec le développement de l'éthique des politiques de santé que ce questionnement ne peut plus être occulté. Et c'est à cette analyse que nous invitent Kenny et Giacomini lorsqu'ils rappellent que :

« the ethics frameworks and guidelines fashionable in health policies will face their moment of reckoning » (2005). En d'autres termes, ils invitent à questionner l'impact éthique des politiques de santé.

Favorisent-elles la promotion du bien? Occasionnent-elles des inconvénients aux populations? Ou au contraire ne produisent-elles aucun résultat? Le fait qu'il soit de plus en plus reconnu que l'élaboration des politiques de santé intervient dans un processus dynamique lui-même imbriqué dans un contexte social (Kenny et Giacomini, 2005) rend ces interrogations pertinentes et légitimes.

Dès lors, analyser les enjeux éthiques dans les politiques de santé invite à prendre en considération dans la démarche de réflexion les questions sociales, politiques et culturelles du contexte, les valeurs en conflit et la diversité des points de vue (Upshur, 2002).

En effet, la description des programmes révèle que « *l'éducation à la prévention, la lutte aux comportements à risque et la promotion des saines habitudes de vie* » (Massé, 2001) sont au cœur de la politique de lutte contre le paludisme.

Les nombreuses interventions tant au niveau de l'environnement que du cadre de vie des populations ont vocation à assurer « le plus grand bien pour le plus grand nombre » (Massé, 2003). Elles nous rappellent aussi que dans l'entreprise de santé publique « *l'éducation à la prévention, la lutte aux comportements à risques et la promotion de saines habitudes de vie* » (Massé, 2001) sont incontournables.

Dès lors on peut de façon légitime s'interroger sur les implications éthiques dans la lutte contre le paludisme car ces interventions ont vocation à assurer « le plus grand bien pour le plus grand nombre » (Massé, 2003).

En conséquence, nous proposons dans le cadre de ce mémoire d'une part de décrire et d'analyser des valeurs éthiques dans le programme de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire et, d'autre part, de démontrer les implications éthiques des choix stratégiques adoptés dans la politique nationale mise en œuvre à cette fin. Décrire et analyser les valeurs éthiques sera particulièrement utile pour comprendre quelques unes des difficultés rencontrées dans l'exécution du plan de lutte contre le paludisme ainsi que pour entrevoir une meilleure adaptation des programmes aux besoins des communautés. Enfin, ce travail de recherche dans le cadre du mémoire de maîtrise a le potentiel de contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des services rendus aux populations en matière de lutte contre le paludisme.

CHAPITRE II

MÉTHODOLOGIE

Le chapitre consacré à la démarche méthodologique nous permettra de décrire successivement l'approche et le devis de recherche appliqué à notre travail de recherche et enfin le cadre d'analyse qui va guider notre réflexion. Il nous permettra également de mettre en relief le processus par lequel nous allons contribuer à montrer la dimension éthique dans la politique de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

2.1 Approche et devis de recherche

La revue de littérature nous a permis d'apprécier la richesse et la diversité des travaux en rapport avec le traitement et la prévention du paludisme. Cependant, il est apparu que la question des valeurs éthiques était peu abordée dans les travaux et publications que nous avons exploités. Pour répondre à nos objectifs nous avons privilégié une recherche qualitative afin d'identifier, de décrire et d'analyser des valeurs éthiques dans la politique nationale de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire. Nous avons procédé à une analyse descriptive de la politique nationale et d'autres documents y afférents.

Notre choix en faveur d'un devis qualitatif et d'une analyse documentaire descriptive a été motivé par la rareté des travaux sur les dimensions éthiques dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

En effet, la description des phénomènes est privilégiée dans la recherche qualitative lorsque ceux-ci sont peu connus ou peu étudiés dans les travaux de recherche (Fortin, 2010). L'analyse documentaire présente un intérêt majeur dans notre travail car elle nous a permis d'observer le processus d'évolution des concepts, des connaissances et des pratiques liés à la lutte contre le paludisme. Cependant, l'analyse documentaire peut présenter des limites. En effet, nous n'avons eu aucun accès à la source des documents que nous avons exploités et les informations récoltées furent exploitées sans qu'il nous soit possible d'obtenir des précisions supplémentaires auprès de leurs auteurs en cas de besoin. Ce fut notamment le cas pour les documents de politiques et les rapports d'études en rapport avec la lutte contre le paludisme

2.2 Cadre d'analyse

2.2.1 Justification et pertinence

Nous avons vu dans la revue de littérature comment les interventions en matière de lutte contre le paludisme constituent une entreprise normative visant la prescription de saines habitudes de vie et la proscription de comportements à risques (Massé, 2003). Cependant les justifications et les valeurs qui les sous-tendent sont rarement explicites,

« Elles sont au contraire le plus souvent implicites, cachées à travers les différentes composantes des interventions de prévention et de promotion de la santé ». (Massé, 2003).

Comme le soulignent judicieusement Kenny et Giacomini, des questions morales sous-tendent les politiques publiques quelques soient leurs finalités. Ainsi l'idée du bien est par exemple conditionnée par le contexte historique, économique, social et politique (Kenny et Giacomini, 2005). L'entreprise d'identification des valeurs nous apparaît en conséquence fondamentale.

En effet, nous posons que les acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme interviennent dans un environnement où la plupart des normes sont explicites : réglementation légale, code de déontologie, normes administratives etc. Or les valeurs éthiques et morales, bien qu'elles soient implicites n'en sont pas moins présentes et influencent fortement l'action sur le terrain. Travailler à les identifier présente divers intérêts.

Tout d'abord, les différents intervenants pour l'élaboration et la mise en œuvre de la politique peuvent disposer d'un guide de réflexion à l'effet d'orienter et de justifier leurs décisions et actions et d'en mesurer sereinement les impacts. Ensuite, l'identification des valeurs fournit une occasion particulière aux communautés bénéficiaires de connaître les justifications des décisions qui s'appliquent à elles et, le cas échéant d'être en mesure de demander des comptes au sujet des interventions.

L'analyse des dimensions éthiques dans les politiques en matière de santé implique le recours à des modèles spécifiques qui permettent de prendre en compte la spécificité de ces politiques.

Il s'agit notamment de la nature des actions qui s'inscrivent dans une perspective de long terme et des buts qui visent une population entière, voire des groupes ou des communautés avec des besoins propres. Il en découle que les cadres d'analyse éthique traditionnellement utilisés en éthique clinique ou en éthique de la recherche ne peuvent être valablement exploités. En effet, les enjeux en éthique clinique sont évalués dans la perspective d'un dilemme impliquant un individu clairement identifié dans une situation elle-même bien définie. Quand à l'éthique de la recherche, les enjeux s'y rapportant sont analysés notamment autour des principes de respect de l'autonomie et du consentement éclairé. Il en découle que malgré leur pertinence, l'éthique clinique et l'éthique de la recherche ne peuvent nous permettre d'appréhender la question des valeurs éthiques dans les politiques publiques de santé. Les dilemmes et les enjeux qu'implique l'analyse de ces politiques n'appellent ni des enjeux de clinique ni des enjeux de recherche.

Différents cadres d'analyse et approches méthodologiques existent pour identifier les valeurs éthiques dans les politiques en matière de santé. Certaines reposent sur une approche descriptive qui permet de décrire le cadre éthique en vigueur au sein d'une collectivité donnée ainsi que la manière dont les valeurs éthiques sont exprimées et mises en œuvre de façon pratique (Kenny et Giacomini, 2005).

L'approche descriptive selon Kenny et Giacomini fait donc appel à une démarche empirique où les chercheurs interrogent et décrivent les valeurs éthiques à partir notamment des études de cas, de l'ethnographie voire des sondages d'opinions.

Comme le signalent Kenny et Giacomini, l'approche descriptive présente des limites. En effet, si elle favorise la description de la réalité de ce qui est, elle ne permet pas de prouver que les valeurs identifiées sont les « bonnes valeurs » ou les « valeurs légitimes » dans le contexte faisant l'objet de l'analyse (2005). Aussi, l'analyse reposant sur une approche descriptive mérite d'être complétée avec une étude normative dont l'objet serait d'identifier les valeurs appropriées dans un contexte spécifique.

Bien qu'ils soient pertinents et adaptés aux objectifs de notre recherche, les cadres d'analyses reposant sur les approches méthodologiques descriptives ont été écartés en raison des contraintes matérielles pour nous de les exploiter dans un travail de maîtrise tout en maintenant les impératifs de rigueur scientifique.

Nous avons donc privilégié un cadre d'analyse développé par Raymond Massé ainsi qu'une approche méthodologique qui nous permettent d'atteindre les objectifs de notre recherche tout en respectant les critères de validité scientifique de notre recherche.

Raymond Massé nous propose à cet égard un cadre d'analyse (tableau 1) qui favorise la mise à jour des valeurs en présence. En vue de l'application de ce cadre, il rappelle trois considérations préalables que nous jugeons opportun de rappeler.

Premièrement : L'entreprise de santé publique est un lieu de définition des normes sanitaires et d'enjeux éthiques. En effet, à partir de données médicales et épidémiologiques, l'intervention en santé publique définit les critères normatifs entre ce qui est normal et ce qui est pathologique. Massé reconnaît qu'il s'agit d'une normativité implicite qui influence les professionnels à chaque étape d'un programme d'intervention.

Deuxièmement : Il est important de procéder à une définition des concepts dont il est question. Il s'agit dans notre étude des concepts de valeurs, de normes, d'enjeux éthiques et de dilemmes. Ainsi, on reconnaîtra « *Les valeurs comme des croyances de type prescriptif ou proscriptif servant à déterminer l'acceptabilité ou le caractère désirable des fins et des moyens d'interventions sociales* » (Massé, 2003).

Quand aux normes, elles se rapportent à

« *...des construits socioculturels véhiculés par une société donnée intégrés à des degrés divers par les citoyens à travers le processus de socialisation et défendus par les autorités...Elles visent les actions appropriées, acceptables ou non par une collectivité* » (Massé, 2003).

Quant aux enjeux éthiques et les dilemmes, Massé définit en premier les enjeux comme « *...des croyances contradictoires sur la façon de vivre, sur les valeurs que les personnes et les groupes devraient protéger et sur ce que l'on peut sacrifier lorsqu'on ne peut les protéger toutes* » (Massé, 2003).

Les enjeux peuvent également s'apprécier comme « *Les diverses conséquences qui s'expriment en terme de pertes pour l'individu, en termes de non-respect des valeurs défendues par un groupe ciblé par les interventions ou d'empiètements significatifs sur ces valeurs* » (Massé, 2003).

Citant Durand (1999), Massé reconnaît le dilemme

« *lorsque se présentent des conflits de principes, des conflits de valeurs et où même après réflexion, aucun principe ni aucune valeur s'impose. Il y a de bons arguments en faveur de l'une ou de l'autre partie de l'alternative* » (Massé, 2003).

Troisièmement : les valeurs sont omniprésentes dans les interventions de santé publique. À cet égard, Massé pose que :

« *Des valeurs implicites, telles que le respect de l'autonomie, la justice sociale, la responsabilité, la non malfaisance, le bien commun, la liberté ou l'anti-paternalisme orientent profondément le choix des critères définissant les problèmes ciblés prioritairement, la nature des stratégies d'intervention, le contenu des messages...* » (Massé, 2003).

Tableau 1 : Justification, valeurs phares et valeurs sous-jacentes aux interventions de promotion de la santé

Justification des interventions de santé publique	Valeurs phares	Valeurs secondaires contenues dans les interventions
Promouvoir la vie en santé et du bien-être	Respect de la vie en santé Bienfaisance	Santé, bien-être, longévité, qualité de vie, bonheur, confort
Œuvrer pour le bien des individus	Bienfaisance	Souci de l'autre, compassion, empathie, altruisme, responsabilité envers l'autre
Promotion du bien commun	Bien commun Bienfaisance	Liens sociaux, solidarité communautaire, stabilité sociale, respect du contrat social
Responsabilité de l'État envers le citoyen, devoir de protection de la population	Bienfaisance, responsabilité paternaliste	Responsabilité, Protection des vulnérables
Correction des inégalités sociales face à la santé Répartition juste des ressources, répartition équitables des fardeaux et bénéfices des interventions	Justice	Égalité, équité, partage, justice sociale

Source

Massé R, (2003). *Éthique et santé publique*, PUL page 116

Bien que pertinent aux objectifs de notre recherche, le cadre d'analyse proposé par Raymond Massé que nous avons retenu, tout comme les approches descriptives, comporte quelques limites pour l'analyse des dimensions éthiques dans les politiques de santé. C'est ce que nous allons montrer dans les paragraphes suivants.

2.2.2 Limites du cadre d'analyse

La limite principale du cadre d'analyse proposé par Raymond Massé tient au fait qu'il ne prenne pas en compte l'impact du contexte social dans l'identification des valeurs éthiques dans les politiques de santé.

En effet, le contexte spécifique des politiques de santé où apparaissent en relation l'autorité de l'État et les populations amène à envisager des dimensions éthiques particulières. Il en découle que l'influence du contexte institutionnel dans lequel émergent les politiques en matière de santé ne peut être ignorée. Ceci amène à envisager des principes en rapport notamment avec la responsabilité, la transparence et la démocratie (Kenny et Giacomini, 2005). Dès lors, au regard de l'impact d'un contexte social donné, se poseront notamment des enjeux de responsabilité, de durabilité, de transparence, de respect des diversités culturelles etc (Kenny et Giacomini, 2005 – Upshur, 2002). Les outils que nous propose Raymond Massé ne permettent pas d'intégrer ces dimensions dans notre analyse.

Ceci étant précisé, nous réaliserons notre travail de recherche au regard du cadre d'analyse retenu en suivant une démarche inductive.

2.3 Une démarche inductive

Tout en ayant fait le choix de l'analyse documentaire descriptive, il nous revient en tant que chercheur de dégager le sens contenu dans les données, « *d'aller au delà de ce que les données brutes disent à priori* » (Blais et Martineau, 2006).

Les valeurs éthiques n'étant pas explicites dans le document de politique nationale, elles ont été identifiées « *à posteriori par une interprétation* » (Blais et Martineau, 2006). Nous avons appliqué à notre recherche les principes liés à l'approche générale de l'analyse inductive tels qu'ils sont rapportés par Blais et Martineau. Parmi ces principes on peut retenir que :

- L'analyse des données est guidée par les objectifs ou les questions de recherche;
- L'analyse est le fruit de plusieurs lectures des données brutes et de leur interprétation;
- Les objectifs de recherche fournissent une perspective dans la conduite de l'analyse. (Blais et Martineau, 2006).

En appliquant ces principes, l'analyse des documents fut conduite au regard de nos objectifs de recherche qui nous « *ont fourni un point de vue, une perspective pour la conduite de l'analyse* » (Blais et Martineau, 2006).

Ceci n'a pu se réaliser qu'à partir d'une série de lectures approfondies des documents de politique, de déconstruction et de « *reconstruction en vue répondre à notre questionnement* » (Poupart, 1997). L'exploitation des documents nous a permis de « *dégager les éléments pertinents du texte* » qui ont permis de relever « *des similitudes, des rapports et des différences* » (Poupart, 1997) avec les valeurs éthiques identifiées par Raymond Massé dans sa grille d'analyse.

Le chapitre suivant consacré à l'analyse nous donnera l'occasion d'appliquer les principes du raisonnement inductif à l'analyse des documents de la politique nationale de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

CHAPITRE III

ANALYSE

Dans ce chapitre 3 consacré à l'analyse, nous allons identifier et décrire les valeurs éthiques dans la politique nationale de lutte contre le paludisme. Mais avant, il nous sera utile de faire un bref rappel du contexte et de l'historique de cette politique. Cette étape est fondamentale pour saisir le sens et la portée de l'organisation institutionnelle mise en place ainsi que les orientations stratégiques adoptées dans ce secteur.

3.1 Contexte et historique de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire

Relevons d'emblée qu'au plan historique, les initiatives spécifiques à la Côte d'Ivoire sont très peu documentées, les documents de politique nationale mis à notre disposition et sur la base desquels ce travail est bâti en donnent une description très sommaire. On peut cependant rapporter qu'à l'époque coloniale, la lutte contre le paludisme se confondait déjà avec les initiatives mondiales en la matière. Les informations obtenues à ce niveau ont été un outil précieux pour compléter les données spécifiques à la Côte d'Ivoire notamment sur la période coloniale et la première décennie post indépendance.

Historiquement, la lutte contre le paludisme s'inscrit dans une démarche d'exploitation économique de la colonie de Côte d'Ivoire. À cette époque, la lutte contre le paludisme est conçue en termes d'enjeux de développement économique et l'impact des conditions climatiques est clairement identifié dans le cycle de la maladie. L'enjeu est d'abord de préserver la santé des colons puis des travailleurs locaux afin de maintenir le rythme de production et la rentabilité de l'économie de la colonie. Les interventions étaient dès lors ciblées à cet égard dans les zones de production comme les plantations ainsi que dans les principaux centres urbains. C'est dans ce cadre qu'au cours des années 1950, plusieurs opérations de lutte anti-vectorielle ont été réalisées dans les zones pilotes d'Abidjan, Bouaké, Korhogo et Man (MSHP-PS, 2005).

Cette approche révèle ainsi que dès l'époque coloniale, le paludisme est perçu comme un évènement naturellement lié aux caractéristiques climatiques des régions tropicales.

En outre, la lutte contre le paludisme devient une condition requise pour le développement économique de la colonie. Deux constats peuvent être établis en conséquence. Tout d'abord la lutte contre le paludisme telle qu'entreprise par l'administration coloniale privilégie une réponse strictement médicale au détriment d'une réponse englobant les considérations socio-économiques et environnementales auxquelles font face les populations des colonies. D'autre part, en considérant le paludisme comme une maladie en rapport avec les conditions climatiques, la lutte devient uniquement une lutte anti-vectorielle et exclut l'impact des changements sociaux et économiques. Or il a été démontré que différentes régions du monde connaissant des climats tempérés ont été confrontées au paludisme au cours du 20^{ème} siècle (Hollande, Royaume Uni, Vallée du Mississippi aux États Unis d'Amérique notamment). L'éradication du paludisme y a été rendue possible grâce à des changements sociaux et économiques d'envergure notamment dans les zones agricoles (Guilbaud, 2008).

Outre l'approche centrée sur le développement, la lutte contre le paludisme va privilégier un recours systématique à la technologie basée sur le modèle médical européen notamment influencé par les nombreux succès de la recherche en parasitologie. L'administration coloniale encourage alors le transfert de technologie médicale européenne vers les colonies indépendamment des conditions sanitaires et sociales spécifiques à chaque région. C'est l'époque où il est fait un usage massif du DDT dans le but d'éradiquer la maladie. Les programmes mis en place laissent apparaître le rôle majeur tenu par les acteurs mondiaux dont les compétences et les connaissances sont privilégiées au détriment des populations locales qui se trouvent de ce fait dans une position de dépendance (Guilbaud, 2008).

Au premier rang de ces acteurs mondiaux figure l'OMS qui encourage les politiques d'éradication du paludisme sans y intégrer les dimensions sociales et environnementales. Ainsi, en 1955, l'OMS définit les grandes lignes du programme d'éradication du paludisme ainsi que les principales étapes à mettre en œuvre dans les différentes régions. Cette orientation stratégique donnée à la lutte contre le paludisme montre que la question de la maladie est abordée d'un point de vue unique. Les acteurs locaux n'ont quasiment pas de marge de manœuvre.

En outre, il apparaît une relation de dépendance entre les acteurs supposés détenir la science et les destinataires, bénéficiaires de leurs connaissances.

Lors du passage de la Côte d'Ivoire du statut de colonie à celui de pays indépendant en 1960, ces orientations n'ont pas enregistré de modifications fondamentales. Les principales actions engagées résultaient toujours des principales recommandations de l'OMS à savoir l'inscription de la maladie comme une priorité sanitaire et la mise en place de services spécialisés chargés de la mise en œuvre des projets pour la prévention de même que les principales directives pour assurer la prise en charge. Il en résulte qu'au plan pratique, la pulvérisation au DDT et la chimio prophylaxie à la chloroquine restent toujours appliquées à une grande échelle. Cette orientation inspirée de l'OMS se basait sur deux paradigmes. D'une part, il s'agissait de limiter voire mettre fin au cycle de la maladie chez l'homme grâce à une thérapie permanente et quasi quotidienne et, d'autre part d'éradiquer définitivement les moustiques vecteurs de la maladie. En Côte d'Ivoire comme dans de nombreuses autres régions endémiques, ces choix stratégiques ont fini par montrer leurs limites notamment à cause des résistances au traitement.

Pendant les années 1990, une nouvelle orientation stratégique d'envergure mondiale émerge. Il s'agit désormais de réduire la morbidité associée au paludisme et de prévenir la mortalité; l'initiative Roll Back Malaria ou Faire Reculer le Paludisme voit le jour à cet effet en 1998.

Au plan mondial le message qui est repris ensuite dans les différents pays concernés traduit trois axes centraux. Le premier se rapporte à la prise en charge. Il s'agit d'établir un diagnostic rapide, confirmé si possible par un examen biologique et d'initier par la suite un traitement précoce avec des combinaisons thérapeutiques dûment homologués. Le second a trait à la chimio prophylaxie qui n'est plus générale et systématique à l'ensemble de la population mais désormais ciblée vers des catégories bien identifiées à savoir, les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les voyageurs internationaux. Le troisième se concentre sur les mesures de lutte anti vectorielle et notamment la vulgarisation de la moustiquaire traitée aux insecticides.

En 1996 la Côte d'Ivoire institue le Plan National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dans le cadre du Plan de Développement sanitaire. Avec la création du PNLN, le paludisme est érigée au rang de maladie prioritaire (MSHP-PS, 2005) et l'action du PNLN s'inscrit dans le sillage des principaux organismes qui traitent de la question à l'échelle mondiale, notamment l'OMS. Les premiers plans d'action et plans stratégiques élaborés pour les périodes de 1997 à 2000 et de 2001 à 2005 mettaient déjà en avant des interventions prioritaires que l'on retrouve encore aujourd'hui : la prise en charge des cas, la promotion de la moustiquaire imprégnée d'insecticide, la mobilisation sociale, la surveillance, le suivi et l'évaluation (MSHP-PS, 2005). En 2005, le PNLN élabore un nouveau document de politique nationale et un plan stratégique pour la période 2006-2010. Ces deux documents viennent consacrer l'orientation stratégique conçue et planifiée à l'échelle mondiale. Des plans d'actions d'une périodicité annuelle sont ensuite élaborés en application de la politique nationale et du plan stratégique.

Considérant que le document de politique nationale et le plan stratégique viennent apporter une réponse à un problème majeur de santé publique, il est utile d'exposer au préalable quelques données épidémiologiques portant sur le paludisme en Côte d'Ivoire.

De même nous présenterons quelques uns des impacts socio-économiques du paludisme avant d'explorer les grands axes de ces documents. Ces informations sont rapportées aux tableaux 2 et 3 ci-dessous.

2. Tableaux de synthèse épidémiologique *

Tableau 2.1

Population générale	Enfants de moins de cinq ans	Femmes enceintes	Femmes en âge de procréer
19 853 382 habitants	20%	5%	21%

Tableau 2.2

	Population générale	Enfants de moins de cinq ans	Femmes enceintes
Morbidité due au paludisme	57%	42,67%	42%
Mortalité due au paludisme	10-40%	10-50%	Non disponible
Hospitalisations dues au paludisme	Non disponible	62,44%	36,07%

Tableau 1.3

	Anémie	Faible poids à la naissance:
Répercussions sur la grossesse	20%	17%

Sources

MSHP (2005). *Document de politique nationale pour la lutte contre le paludisme*, Abidjan, Côte d'Ivoire

MSHP (2005). *Plan Stratégique faire reculer le paludisme*, Abidjan, Côte d'Ivoire

Tableau 3 Impacts socio-économiques du paludisme dans la population générale

Taux d'absentéisme scolaire	40%
Taux d'absentéisme professionnel	42%
Taux de sinistres couverts par les assurances en rapports avec le paludisme	25%
Taux des dépenses de santé par famille en rapport avec le paludisme	± 25%
Pertes de revenus agricoles en milieu rural en rapport avec le paludisme	50%

Sources

MSHP (2005). *Document de politique nationale pour la lutte contre le paludisme*, Abidjan, Côte d'Ivoire

MSHP (2005). *Plan Stratégique faire reculer le paludisme*, Abidjan, Côte d'Ivoire

Au regard de la synthèse des données épidémiologiques contenue dans le tableau 1, les autorités sanitaires en Côte d'Ivoire considèrent que le paludisme représente la première cause de consultation et d'hospitalisation dans les centres de santé et concerne l'ensemble de la population. Cependant, la catégorie la plus vulnérable est constituée des enfants âgés de moins de cinq ans, des femmes enceintes et des personnes vivants avec le VIH (MSHP, 2005). Enfin, au regard des coûts économiques engendrés par la maladie, celle-ci est considérée tout à la fois comme une cause et une conséquence de la pauvreté.

Comme rappelé précédemment, la politique nationale de la Côte d'Ivoire reprend les objectifs généraux issus des recommandations de l'OMS et de RBM qui sont la réduction de la morbidité et la prévention de la mortalité imputables au paludisme. (MSHP-PN, 2005). Quatre stratégies en découlent qui doivent permettre d'atteindre ces objectifs à savoir : la généralisation des interventions prioritaires, la contribution aux réformes du système de santé, le renforcement du système d'information sanitaire et le renforcement de la participation communautaire.

Dans la première stratégie, les interventions reconnues prioritaires portent pour une première part sur le diagnostic précoce et la prise en charge rapide et correcte dans les établissements de santé et au sein des communautés. Viennent en second les mesures de prévention qui portent essentiellement sur la promotion de l'usage de la moustiquaire traitée et le traitement préventif intermittent chez la femme enceinte. S'agissant de ces mesures, le plan stratégique prévoit la distribution gratuite de la moustiquaire et du traitement préventif pour les femmes enceintes lors du suivi prénatal. Pour les enfants de moins de cinq ans, les mères ou les personnes qui en ont la charge bénéficieront de la moustiquaire gratuitement lors des visites de routine ou lors des consultations.

La troisième intervention prioritaire concerne la mobilisation sociale à travers l'information, l'éducation et la communication à l'attention de la communauté. Il est recommandé une attention toute particulière pour les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de cinq ans dans cette troisième intervention.

La deuxième et la troisième stratégies sont déclinées d'une façon globale autour des mesures qui visent le renforcement de capacité du personnel soignant à la prise en charge du paludisme selon les standards thérapeutiques homologués ainsi que les méthodes d'évaluation des actions mises en œuvre. Enfin la quatrième stratégie intègre la lutte contre le paludisme au sein même des communautés pour en faire leur affaire. Ainsi, elle vise à intégrer les activités de la lutte contre le paludisme dans des projets de développement à base communautaire.

Ce rappel historique ainsi que le contenu de la politique nationale nous révèle que la lutte contre le paludisme s'inscrit dans une dynamique à la fois nationale et internationale manifestée par l'origine des acteurs en présence et leurs initiatives. Ceux-ci engagent ainsi les communautés, les associations civiles et les entreprises impliquées dans la lutte contre le paludisme à partir des orientations qu'ils donnent. Mais quelles en sont les motivations? C'est ce que nous tenterons de mettre à jour ci-après.

3.2 Valeurs émergentes et normes: identification et justification

Si la politique nationale de lutte contre le paludisme trouve son fondement et sa justification à partir d'arguments scientifiques tirés de l'observation des faits comme il apparaît dans les tableaux 1 et 2, nous estimons que leurs justifications éthiques se réfèrent à « *l'idéalité de ce qui doit être* » (Ferry, 2002). Notre travail d'analyse vise en conséquence à engager une démarche de réflexion dont la finalité est le respect et la promotion de la personne humaine. L'identification des valeurs éthiques dans la politique nationale de lutte contre le paludisme sera entreprise à partir du cadre d'analyse que propose Raymond Massé. Comme rappelé au chapitre de méthodologie, Massé pose le principe que les interventions engagées au nom de la santé publique comportent des valeurs éthiques implicites. Il nous invite à reconnaître la dimension éthique d'une politique de santé publique lorsque d'une part des justifications claires et précises seront susceptibles d'être associées à la finalité des interventions et, d'autre part, des valeurs phares et des valeurs secondaires y seront rattachés. Il identifie à cet égard des justifications, des valeurs principales et des valeurs secondaires qui, lorsqu'elles se retrouvent dans des interventions données, rendent une politique de santé publique éthiquement acceptable.

Le cadre d'analyse de Raymond Massé ne prétend pas à l'exhaustivité et n'a pas vocation à régler indistinctement des situations universelles. Au contraire, il nous est proposé comme canevas de base. Pour notre part, sa pertinence tient au fait qu'elle favorise à partir des finalités de l'intervention de santé publique une démarche inductive qui conduit à reconnaître et spécifier des valeurs phares et des valeurs secondaires qui émergent desdites interventions. En conséquence, il nous revient d'explorer la politique nationale contre le paludisme à la lumière de cette grille en vue de reconnaître son acceptabilité éthique.

3.2.1 Promotion de la vie en santé et du bien être

En partant de la supposition que comme toutes les interventions en santé publique la politique de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire vise à promouvoir la vie en santé et le bien être, quels éléments permettent-ils de démontrer les valeurs phares de respect de la vie en santé et de bienfaisance qui leur sont associés?

En d'autres termes, peut-on reconnaître dans le programme de lutte contre le paludisme un souci majeur pour le respect de la vie en santé des populations? Quelques éléments rapportés dans la politique nationale en donnent quelques indices. On note à cet effet une constante régulièrement rappelée : « *le paludisme est un problème de santé publique de par son fardeau économique, les pertes en vie humaines et les souffrances qu'il cause...* » (MSHP-PS, 2005). Le paludisme reste ainsi et depuis de nombreuses décennies un défi permanent pour la Côte d'Ivoire. La politique de lutte contre le paludisme place ainsi la vie humaine au cœur de ses préoccupations car elle reconnaît le fardeau qui résulte des pertes en vie humaines et la souffrance consécutive à la maladie. En rapportant ce constat fondé sur les éléments de faits éprouvés, c'est un vrai plaidoyer qui est fait pour la promotion d'un état exempt de paludisme. En d'autres mots, c'est reconnaître l'importance de la vie en santé et en assurer la promotion.

Cet intérêt pour la vie en santé transparait dès lors dans les mesures de protection des populations contre la maladie et la promotion de la santé. La politique nationale définit à cet égard des moyens pour y faire face dont les plus aboutis restent l'utilisation de la moustiquaire traitée aux insecticides et les interventions de communication pour le changement de comportement. À travers ces moyens, il apparait que l'action politique se situe au niveau de la protection contre les vecteurs du paludisme et sur les attitudes des populations supposément propices à sa propagation. Ceci traduit une quête constante en faveur d'une meilleure santé et du bien-être des bénéficiaires car au regard des données épidémiologiques, le paludisme est une menace réelle aussi bien pour le corps individuel que pour le corps social dans son ensemble. Cette préoccupation pour le respect de la vie en santé permet la prise en compte de valeurs qui lui sont associées telles que la qualité de vie, la longévité et le confort.

3.2.2 Œuvrer pour le bien des individus

La seconde justification des interventions en santé publique que nous retiendrons est d'œuvrer pour le bien des individus. Cette finalité sera atteinte à partir de la valeur de bienfaisance. En effet, la valeur de bienfaisance se ramène à l'impératif éthique de faire le bien.

Elle est « *tout à la fois un devoir, une vertu, un principe, une valeur...* » (Durand, 2005). Dès lors, la protection contre la maladie et la promotion de la santé doit intervenir « *au nom du souci de faire le bien des citoyens concernés...les interventions proposées ne doivent pas devenir des moyens utilisés pour l'atteinte d'autres finalités...* » (Massé, 2003). En matière de lutte contre le paludisme, les risques de même que les impacts de la maladie sur les populations notamment les plus pauvres, sont bien connus et largement documentés au plan scientifique. Or, ainsi qu'on l'a rappelé plus haut, la situation géographique de la Côte d'Ivoire et certains facteurs socio-économiques en font une zone extrêmement vulnérable face au paludisme. Peut-on reconnaître pour autant le souci de bienfaisance dans le programme de lutte contre le paludisme?

La valeur de bienfaisance peut en effet s'observer à travers un large éventail d'actions et notamment, agir dans le meilleur intérêt de l'autre, diminuer la souffrance, promouvoir la qualité de vie et le bien-être, se soucier de l'autre, l'accompagner, se préoccuper positivement de son bien, etc. (Durand, 2005). À l'analyse, il apparaît que les actions du programme de lutte contre le paludisme sont fortement influencées par un souci de faire le bien des populations concernées. On pourra rappeler ici la sensibilisation sur le lien entre les piqûres de moustiques et la maladie de même que l'importance de savoir reconnaître les signes du paludisme. Sensibiliser la population aux risques et au danger du paludisme montre que le partage et la vulgarisation du savoir scientifique constitue un enjeu important dans la politique. Cette démarche n'est pas fortuite car la sensibilisation contribue à la réduction du fardeau que représente le paludisme. Aussi, ce sont les valeurs secondaires de sollicitude, d'empathie et de responsabilité envers autrui qui sont déclinées.

3.2.3 Promotion du bien commun

Le souci pour la bienfaisance ne vise pas un ou plusieurs individus en particulier, au contraire il s'adresse à l'ensemble de la communauté. Il apparaît en conséquence que c'est la promotion du bien commun, troisième finalité de l'intervention en santé publique qui est visée.

En effet, la santé n'est pas exclusivement l'affaire des populations prises individuellement, elle peut être considérée comme un bien social, « un bien collectif qui appelle des interventions touchant l'ensemble de la collectivité » (Massé, 2003). Reprenant les auteurs Beauchamp et Steinbock (1999), Raymond Massé identifie trois idées permettant de reconnaître que la santé a une valeur de bien commun au sein d'une communauté :

- les risques qui menacent la santé sont des problèmes communs qui affectent l'ensemble de la communauté;
- la gestion des risques intervient dans le cadre de mesures collectives;
- les solutions retenues réaffirment l'attachement à la communauté.

En nous rapportant à ces trois idées, on peut reconnaître que la politique nationale traduit bien la promotion du bien commun. En effet, nous avons montré que les conséquences du paludisme en faisaient une menace pour l'ordre social vu que les risques affectent toute la communauté. D'autre part, les mesures de lutte ont une dimension collective et l'adhésion des populations permettra de remplir les objectifs attendus dans le cadre du programme. À ce titre, le bien commun nous apparaît comme une valeur fondamentale qui émerge dans le programme de lutte contre le paludisme.

En outre, la promotion du bien commun en tant que valeur ne relève pas uniquement des professionnels de la santé publique, les populations sont invitées à participer également à la promotion de cette valeur à partir de leur adhésion au discours et aux recommandations. Ainsi, c'est la responsabilisation de l'individu à l'égard de la communauté qui est mise en relief car, le paludisme n'est pas seulement une menace individuelle mais aussi une menace collective. Le succès du programme dépend dès lors de la solidarité de chacun envers les mesures individuelles et collectives identifiées.

La responsabilité et la solidarité sont reconnues comme des valeurs phares dans toute entreprise de santé publique. La solidarité « *interpelle chacun des citoyens à se rallier aux normes définies, acceptées et promues par la collectivité* » (Massé, 2003).

Elle suppose en cela que chaque individu partage les causes communes et prenne part à la défense du bien commun. En matière de responsabilité au contraire, les populations sont invitées à adopter des comportements et des habitudes de vie qui favorisent la prévention et la protection contre la maladie. La responsabilité et la solidarité peuvent être identifiées à travers des actions qui invitent notamment au respect de l'autorité, à la conformité, à la discipline personnelle et à l'engagement (Massé, 2003). À ce titre, on peut citer les actions du volet communication pour le changement de comportement et son emphase sur les gestes qui réduisent la contamination (notamment dormir sous une moustiquaire, installation de grillages fins aux portes et fenêtres).

Les initiatives de communication se retrouvent ainsi au cœur de l'action, « *...persuasive health information... can empower individuals to take charge of their own health and reduce behaviour that may put them at risk* » (Guttman, 2000). Le suivi des recommandations de la politique nationale traduira à cet égard le respect de l'autorité, le partage des préoccupations communes, le souci de se protéger et de protéger les autres de la maladie. On peut enfin reconnaître la solidarité et la responsabilité à partir du « *renforcement de la participation communautaire* » à la lutte contre le paludisme (MSHP-PN, 2005). Les points suivants sont ainsi rapportés :

- L'appropriation de l'initiative de la lutte contre le paludisme par la communauté;
- Le renforcement des capacités de la communauté et surtout des mères pour la prise en charge à domicile des cas de paludisme;
- L'intégration des activités de lutte dans des projets de développement à base communautaire.

En citant ces points, le document de politique nationale traduit ici l'importance d'une adhésion communautaire à la lutte contre le paludisme. Si l'État assume in fine la responsabilité de la protection des populations, il a besoin de l'implication solidaire de tous pour remplir son devoir de protection.

3.2.4 Responsabilité de l'État envers la population et devoir de protection

Reconnaitre la responsabilité et la solidarité comme valeurs, nous amènent à questionner la responsabilité de l'État envers les citoyens et son devoir de protection des populations qui constitue la quatrième justification de l'intervention en santé publique. En effet, dans la description du programme de lutte contre le paludisme que nous avons rapportée, c'est l'État à travers les autorités sanitaires qui joue un rôle prépondérant. L'État lui-même est « *mandaté par les citoyens pour défendre le bien commun qu'est la santé* » (Massé, 2006).

Il appartient en conséquence à l'État d'agir comme un bon père de famille et, en la matière, il recourt à l'autorité pour atteindre le bien de tous. C'est la responsabilité paternaliste de l'État que nous percevons ici, car le message véhiculé dans la politique nationale ne se limite pas à décrire à l'attention des communautés les évidences scientifiques relatives au paludisme. À partir de la communication pour le changement de comportement, on assiste au contraire à une formulation de mesures supposées être les meilleures possibles et dont l'application favorisera la santé et le bonheur pour tous. Scoccia rappelle à ce propos que « *Paternalism is the attempt to induce other people to act in ways that will benefit them or not act in ways that will harm them, which is motivated and/or justified by a beneficent concern for their welfare* » (Scoccia, 2008).

La responsabilité paternaliste de l'État comme valeur se révélera à travers « *l'interférence avec la liberté d'action individuelle pour des raisons visant exclusivement le bien être, le bonheur, les besoins, les valeurs d'une personne...* » (Massé, 2006).

Bien qu'on ne puisse évoquer cette interférence en termes d'obligations à la charge des populations, la politique nationale nous donne néanmoins d'observer des indices révélateurs du paternalisme à partir des mesures de protection individuelle et collective dont elle assure la promotion. En effet, on note qu'il « *faut encourager les individus* » (MSHP-PN, 2005, page 15) à adopter une série de mesures individuelles que nous rapportons ci-après :

- Dormir régulièrement sous des moustiquaires;
- Placer des grillages ou rideaux imprégnés d'insecticides aux portes et fenêtres;

- Porter des habits protecteurs tels que pantalons et chemises à manches longues à l'extérieur, le soir et la nuit;
- Appliquer des insectifuges le soir sur la peau ou sur les vêtements.

S'agissant des mesures collectives, il est précisé que « *le personnel doit rendre les communautés attentives aux moyens de lutte contre la reproduction des moustiques* » (MSHP-PN, 2005) à savoir :

- Les travaux de drainage et d'exploitation des ressources en eau;
- Les campagnes de nettoyage communautaire;
- L'amélioration des terres par des travaux de comblement etc.

Assurément, cela nous montre que la description des évidences scientifiques est insuffisante et doit s'accompagner d'une mise en conformité des pratiques individuelles et collectives pour se protéger du paludisme. Cette mise en conformité des pratiques peut d'ailleurs prendre des allures intrusives. C'est le cas notamment avec la proposition de désigner dans la communauté une personne chargée de s'assurer de l'installation et de l'utilisation effective de la moustiquaire « *à travers des visites inopinées et de courtoisie* » (CRD, 2008). La perspective de laisser à chaque individu ou chaque communauté en particulier le soin d'identifier ce qui paraît acceptable comme pratiques de prévention n'est pas envisagée dans la politique nationale. Ce qui corrobore l'attitude paternaliste, c'est notamment la supposition que les individus sont susceptibles de se tromper ou d'entretenir la confusion dans la réalisation de leurs objectifs. Dès lors, pour les agents en charge de la mise en œuvre de la politique nationale, « *it is legitimate to interfere to prevent them from achieving those ends* » (Dworkin, 2005).

Mais la responsabilité de l'État ne se manifeste pas seulement à travers des attitudes et des comportements paternalistes. En effet, bien que le paludisme affecte indistinctement l'ensemble de la communauté, la politique nationale reconnaît que certaines catégories sont particulièrement éprouvées notamment les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les personnes vivant avec le VIH (MSHP-PN, 2005).

Cette reconnaissance de la vulnérabilité à l'égard de certains sous-groupes sociaux dans le document de politique nationale nous paraît fondamentale car, la question des populations vulnérables « *est au cœur de la mission que se donne la santé publique* » (Massé, 2003). Ceci nous conduit à explorer la correction des inégalités sociales face à la santé en tant que finalité des interventions de santé publique ainsi que la justice qui en est la valeur phare.

3.2.5 Correction des inégalités sociales face à la santé

Appréhendée en tant que finalité, la réduction des inégalités sociales face à la santé se manifeste notamment à travers la justice dans l'accès aux services de santé. Massé retient à cet effet la notion de justice sociale qui, élevée au rang de valeur, implique une offre de services « *sur une base équitable et impartiale, exempte de discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la religion ou l'origine ethnique* » (Massé, 2003). Le document de politique nationale contre le paludisme identifie des mesures universelles pour la prévention et la prise en charge de la maladie et, à ce titre, il apparaît qu'il n'établit pas de discrimination. En effet, cinq interventions prioritaires sont identifiées au nombre desquelles la prise en charge rapide et correcte des cas, la prévention médicamenteuse et la lutte anti vectorielle. Cependant, intervenir pour protéger la santé du plus grand nombre n'exclut pas des mesures particulières en faveur des groupes reconnus vulnérables dans un souci de justice sociale. Ainsi, le Document de politique nationale rappelle que les catégories les plus vulnérables au paludisme sont les enfants âgés de moins de cinq ans, les femmes enceintes et les personnes vivant avec l'infection à VIH. Il précise aussi que « *le paludisme entretient la pauvreté au sein des familles* » (MSHP-PN, 2005). Le plan stratégique évoque pour sa part le paludisme comme « un facteur d'aggravation de la pauvreté, une cause d'inégalité et un frein au développement » (MSHP-PS, 2005).

Au regard de ces précisions, on retiendra les dimensions médicale et sociale de la vulnérabilité en ce qu'elles ont trait d'une part à la fragilité de la vie et de la santé et, d'autre part, la vulnérabilité des groupes particuliers et des personnes défavorisées dans la société (Massé, 2003).

Une réponse qui vise à corriger les inégalités sociales passe en conséquence par « *une lutte aux facteurs fragilisants, tels que la discrimination sociale, les inégalités économiques, les conditions de travail* » (Massé, 2003). Les dispositions prises en faveur des catégories déclarées vulnérables sont rapportées dans le plan stratégique élaboré en application de la politique nationale et concernent exclusivement les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Pour ces deux catégories il est prévu la distribution gratuite de la moustiquaire imprégnée d'insecticide et le traitement préventif de la femme enceinte. Aucun critère n'étant défini par la suite pour, on peut présumer que ces mesures ont vocation à s'appliquer indistinctement à toutes les personnes qui remplissent les critères liés à l'âge et à la condition de grossesse.

L'analyse conduite à partir de la grille d'identification des valeurs phares en santé publique proposée par Raymond Massé démontre bien que le document de politique nationale pour la lutte contre le paludisme véhicule des valeurs éthiques implicites. En effet, les mesures mises en place sont fondées principalement sur des valeurs de mobilisation communautaire, de solidarité sociale et de protection des personnes vulnérables. En parallèle, le renforcement de la participation communautaire apparaît comme stratégie d'action complémentaire à la lutte contre le paludisme. Cependant, ces mesures ne manquent pas d'appeler quelques observations. Par exemple, même si l'on sait que les pauvres sont particulièrement touchés par le paludisme, la gratuité pour la moustiquaire et le traitement préventif est accordée pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans sans tenir compte du niveau de revenu. Par ailleurs, les personnes hautement vulnérables comme les porteurs du VIH ne bénéficient pas de mesures particulières et la question des barrières à l'accès aux soins notamment géographique et culturelle n'est pas abordée.

S'il ne peut être contesté que les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans fassent partie des groupes vulnérables au regard des évidences épidémiologiques, peut-on en déduire de facto que ces deux catégories sont placées dans une situation d'inégalité sociale?

En d'autres termes, La condition de grossesse et l'âge placent-elles d'office les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans dans une situation d'exclusion dans l'accès au service de prévention ou créent-elles des discriminations à leur égard? Alors que le paludisme est doublement mis en cause, à la fois comme facteur d'aggravation de la pauvreté et cause d'inégalité, on peut être surpris de constater que les mesures de gratuité instaurées ne visent pas en première ligne à rejoindre les personnes dont l'état de pauvreté est susceptible de s'aggraver du fait du paludisme. Enfin, on peut être fondé à se questionner sur la pertinence du lien établi dans la politique nationale entre d'une part l'état de grossesse et l'âge et d'autre part la vulnérabilité.

Ces remarques nous conduisent à envisager la discussion de notre analyse autour des questions de lutte contre les inégalités sociales de santé et d'équité dans la politique nationale de lutte contre le paludisme.

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Dans ce chapitre consacré à la discussion de notre analyse, nous allons démontrer que la politique de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire révèle des insuffisances au regard de la prise en compte des questions d'équité et de lutte contre les inégalités sociales de santé. Comme nous l'avons rapporté dans le chapitre d'analyse, le document de politique nationale identifie différentes catégories de populations vulnérables à l'égard du paludisme et, au regard de leur situation particulière, celles-ci se retrouvent durement exposées à la maladie. Sont notamment ciblés les pauvres, les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans et les personnes vivant avec le vih-sida. Ce faisant, ces catégories constituent ce que Jones et al ont décrit comme des sous-groupes « *who, because of their socially and culturally defined roles, have limited control over their ability to admit to illness, mobilize resources, access services, and make decisions* » (Jones et Holy , 2004).

Notre réflexion étant fortement orientée autour des valeurs éthiques dans le programme de lutte contre le paludisme, les questions d'équité et d'inégalité se révèlent pertinentes car « *les iniquités en santé remettent en question nos valeurs en tant que société et nous amènent à nous demander si ces variations de l'état de santé sont injustes et évitables* » (INSPQ, 2009). Quand aux inégalités, elles appellent des considérations d'ordre moral en rapport avec l'importance reconnue à la santé. Ainsi, selon Yukiko Asada « *health inequalities are of moral concern because of the value we place on health. This moral concern distinguishes health inequality as a topic of both policy and ethical inquiry* » (Asada, 2005). Mais que devons nous comprendre par l'équité dans le contexte de lutte contre le paludisme? Nous reprenons à notre compte ici la position des auteurs Margaret Whitehead et Göran Dahlgren lorsqu'ils rappellent que l'équité en santé implique idéalement que chacun atteigne son potentiel de santé et ne soit pas désavantagé dans la réalisation de ce potentiel en raison de sa position sociale ou d'autres circonstances socialement déterminées (Whitehead et Dahlgren, 2006).

Aussi, en vue d'assurer la promotion de l'équité dans un programme de santé, il est nécessaire de prendre des dispositions visant à lever les obstacles à la satisfaction du potentiel de santé des communautés.

Ceci implique une « *distribution équitable des ressources nécessaires à la santé, l'accès équitable aux opportunités disponibles, et l'équité dans le soutien offert aux personnes quand on est malade* » (Whitehead et Dahlgren, 2006).

En la matière, une constante se dégage dans la littérature à propos des principales caractéristiques des inégalités sociales en matière de santé qui conduisent elles-mêmes à des situations d'iniquité au sein des populations. Whitehead et Dahlgren notent tout d'abord que des différences systématiques en matière de santé existent entre les différents groupes socio-économiques à travers la population. Ainsi, la mortalité et la morbidité apparaissent en hausse en corrélation avec le déclin de la position sociale dans la communauté. Ensuite, ils observent que ces différences résultent de processus sociaux qui ne sont pas immuables car, si « *en théorie les processus sociaux génèrent des différences dans un pays, ces différences devraient être altérés à la suite d'efforts concertés dans le pays* » (Whitehead et Dahlgren, 2006). Enfin ils s'accordent à reconnaître le caractère injuste des différences qui viennent « *offenser les notions communes d'équité* » (Whitehead et Dahlgren, 2006).

Quant à Valery Ridde et ses collègues, ils font observer que les disparités en matière de santé sont la résultante « *d'un processus subtil et complexe d'inégalités socialement construites* ». (Ridde et al, 2007). Considérant les positions de ces différents auteurs, il nous apparaît que les inégalités sociales de santé réfèrent aux rapports existants entre la santé et l'appartenance à un groupe social déterminé.

Ou encore, nous pouvons évoquer « *la relation étroite entre la santé et l'appartenance à un groupe social* » (Guichard et Potvin, 2010) et la manière dont cette relation influence différents aspects de la santé des individus.

Dès lors, il apparaît que ces inégalités résultent de divers déterminants dont l'accès aux soins, les mesures de prévention face aux maladies, les conditions socio-économiques incluant le logement, l'emploi, les conditions de travail, les ressources disponibles et l'éducation. Ces inégalités apparaissent en conséquence, « *évitables, du moins corrigibles, et surtout perçues comme injustes* » (Ridde, 2007).

Si l'on veut reconnaître le souci pour la justice et l'équité dans le programme de prévention contre le paludisme, il est nécessaire de questionner dans la politique mise en place en Côte d'Ivoire l'orientation des interventions à l'égard des situations d'injustice qui peuvent se manifester à travers notamment la discrimination, la pauvreté et l'inaccessibilité aux services de santé. En d'autres termes, il s'agira de considérer l'impact de la politique sur les conditions socio-économiques des catégories réputées vulnérables.

Reconnaître et intégrer la vulnérabilité de certaines catégories de la population dans la politique nationale n'est pas anodin. D'ailleurs, on reconnaît dans la politique nationale l'importance des facteurs sociaux « *that make some groups or individuals more susceptible to infection and more limited in their ability to respond to illness than other* » (Jones et Holy, 2004).

Le choix de contribuer à l'amélioration de la situation des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans dans la politique nationale implique en conséquence un examen rigoureux et soutenu de leurs conditions socio-économiques. Existe-t-il des facteurs spécifiques qui les rendent plus vulnérables par rapport aux autres catégories de la population affectées par le paludisme? Quelles sont les limites qu'elles rencontrent dans leur capacité à se prendre en charge en vue de prévenir et soigner les épisodes de paludisme? Peut-on identifier des sources de discrimination et d'inégalités à leur endroit qui justifient des mesures de correction particulières? Enfin, s'il existe des sources de discrimination sont-elles spécifiques à la condition des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans ou au contraire affectent-elles une catégorie plus large?

Les documents sur la base desquels ce travail est réalisé ne nous permettent pas d'apporter des réponses satisfaisantes à ces questionnements et la justification de ces choix reste malheureusement peu explicite dans la politique. En conséquence les motivations et les valeurs sous-jacentes à la base de ces interventions ne peuvent être explorées ce qui rend ardue l'analyse de la pertinence des interventions. Or, apporter une réponse particulière à la situation des personnes vulnérables requiert une attention notamment aux « *factors that create inequality and allows us to broaden our focus from individual factors creating the burden...* » (Jones et Holy, 2004).

De fait, si la prise en compte des considérations épidémiologiques semble évidente dans le choix des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans, la prise en compte des considérations économiques et sociales nous paraît encore grandement insuffisante. En effet, si l'on ne peut mettre en doute que les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans font partie des catégories qui présentent des risques élevés, il faut aussi reconnaître que seuls les plus pauvres dans ces deux catégories, font face à des risques encore plus importants. Ceci a des conséquences évidentes au plan de l'éthique et des valeurs car, « *lorsque les principes de justice sociale et d'équité font défaut dans une société, des inégalités sociales se produisent, dont les retentissements vont s'exprimer à travers un état de santé différencié entre les individus* » (Ridde et al, 2007).

Ainsi donc la porte reste grandement ouverte pour une réflexion à propos de l'opportunité et de la pertinence de ces choix. Nous pouvons invoquer ici diverses raisons pour justifier la nécessité d'engager cette réflexion.

Tout d'abord dans le plan stratégique, le paludisme est d'une part reconnu comme « *un facteur d'aggravation de la pauvreté et une cause d'inégalités* » (MSHP-PS, 2005). Ensuite, « *l'état de pauvreté de la population est considérée comme une menace pour la lutte contre le paludisme* » (MSHP-PS, 2005). Partant, il apparaît que le paludisme est bien en cause avec la pauvreté et, ces déterminants « *sont de l'ordre essentiellement du social et sont alimentés profondément par la pauvreté* » (Houéto, 2008).

Considérons enfin les conséquences socio-économiques du paludisme en Côte d'Ivoire telles que rapportées dans le Document de politique nationale et résumées dans le tableau 3. Au regard des données contenues dans le tableau 3, il nous est difficile d'affirmer que le choix de cibler les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans à travers la distribution gratuite de moustiquaire et le traitement préventif influence « *ce facteur d'aggravation de la pauvreté* » qu'est le paludisme. En outre, diverses catégories officiellement reconnues vulnérables à savoir les personnes vivant avec le VIH-SIDA et les pauvres ne sont pas prises en compte de même que les autres catégories de la population qui subissent les conséquences socio-économiques rapportées dans le tableau 3.

En conséquence, il nous paraît légitime de nous interroger si le fait de prendre uniquement en compte les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans pour l'application des mesures particulières – sans égard pour leur situation socio-économique – ne crée pas une situation d'inégalités vis à vis des autres groupes (notamment les personnes vivant avec le VIH et les pauvres) qui sont également défavorisés à l'égard du paludisme si l'on prend en compte leur position sociale ou d'autres circonstances socialement déterminées.

On peut également questionner la pertinence de fournir un accès gratuit tel que conçu dans les interventions lorsque notamment les particularités socioculturelles au sein des communautés continuent d'influencer leur perception du paludisme, sa prévention et sa prise en charge. Pour apprécier cette interrogation, considérons les données extraites des conclusions d'une étude réalisée en 2008 à l'initiative du Ministère en charge de la santé en Côte d'Ivoire intitulée « Enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques relatives au paludisme dans 19 districts sanitaires de la Côte d'Ivoire, volets qualitatifs et quantitatifs ». Cette étude a été réalisée en prélude à la mise en œuvre d'un projet de renforcement de la lutte antipaludique chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans à travers des modules de sensibilisation et de promotion de la moustiquaire imprégnée (Tableaux 4 et 5).

Tableau 4 Synthèse des connaissances et attitudes sur le paludisme

	Femmes enceintes	Mères d'enfants de moins de cinq ans
Le paludisme est une maladie dangereuse	95%	93,9%
Le paludisme est une maladie qu'on peut éviter	51,1%	44,1%
Préférence accordée à la MII comme moyen de lutte contre le paludisme	42,5%	57,2%
Possession de la MII	15,6%	22,2%

Source

CRD (2008). *Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives au paludisme, Rapport final, volets quantitatif et qualitatif*, Abidjan

Tableau 5 Synthèse des pratiques sur le paludisme (Taux d'utilisation de la moustiquaire)

	Femmes enceintes	Mères d'enfants de moins de cinq ans
Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide (MII)	13,5%	14,8%
Moustiquaire Imprégnée Longue Durée (MILD)	4,7%	4,8%

Source

CRD (2008). *Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives au paludisme, Rapport final, volets quantitatif et qualitatif*, Abidjan

Les données extraites de ces tableaux permettent d'établir à nouveau différents constats. Tout d'abord il apparaît clairement que parmi la catégorie des personnes identifiées comme vulnérables, notamment les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de cinq ans, le paludisme est reconnu comme une affection réelle de même que son caractère dangereux. Cependant, cette connaissance influence très peu leurs choix de protection et leurs pratiques en la matière. En effet, alors qu'un pourcentage élevé des personnes enquêtées reconnaît que le paludisme est une maladie dangereuse, il est saisissant de noter un pourcentage extrêmement faible de personnes qui font usage de la moustiquaire alors même qu'elles l'ont acquise gratuitement. Ces données semblent remettre en question le concept même de la « gratuité », puisque les taux d'utilisation des services sont particulièrement bas, surtout en ce qui concerne les femmes enceintes et les mères d'enfants de moins de cinq ans. Malheureusement, les raisons potentielles à ces constats ne sont pas recherchées dans l'étude. Au contraire, les conclusions encouragent la poursuite des mesures de gratuité au bénéfice des femmes enceintes et des enfants de moins de cinq ans et le renforcement des actions de communication et de sensibilisation en faveur de l'usage de la moustiquaire.

Pour notre part, nous émettons l'hypothèse que ce constat pourrait probablement s'expliquer par le prix élevé de la consultation en centre de santé qui constituerait ainsi une barrière à l'accès gratuit à la moustiquaire et au traitement de la femme enceinte. Ceci pourrait aussi s'expliquer par la persistance de résistances sociales et culturelles face aux changements induits par l'adoption de la moustiquaire dans les ménages. À ce propos, il est de plus en plus démontré que les personnes les plus défavorisées au plan social sont celles qui adoptent le moins des comportements favorables à la santé. On note ainsi

« des inégalités importantes en termes de perceptions, d'attitudes et de comportements de santé, entre hommes et femmes, selon le niveau d'études ou de revenus, ou selon l'activité professionnelle » (Potvin et al, 2010).

Les facilités d'accès au service de santé peuvent constituer également une piste à explorer.

À cet effet, il apparaît que les populations résidant en zone urbaine subissent en moyenne moins de transmission au paludisme que les populations vivant en zone rurale. Simon Hay et ses collègues notent ainsi que les populations urbaines « *are able to access better healthcare facilities and consequently suffer less morbidity and mortality from malaria and several other conditions* » (Hay and al, 2005).

Sans donner de prépondérance à l'une ou l'autre des hypothèses, nous considérons que les raisons à ces constats peuvent être d'une grande complexité mettant en cause des considérations notamment d'ordre social, culturel, éducationnel etc. Aussi, il est utile de déterminer « *whether the barriers to preventive and treatment services are primarily financial or whether other factors (e.g., cultural practices and norms, sex roles, caretakers, educational status, proximity to health services) play a significant rôle* » (Barat et al, 2004).

Ceci vient démontrer la pertinence de considérer d'autres critères dans l'identification des interventions auprès des personnes vulnérables. Aussi, nous formulons des réserves sur la possibilité de faire cesser des situations d'iniquité sans que les critères tirés du revenu ou de l'accessibilité aux services de santé ne soient pris en compte dans l'attribution des services gratuits. L'objectif premier des mesures de gratuité étant de réduire les inégalités sociales de santé en permettant notamment un meilleur accès financier à ceux qui en ont besoin, on ne saurait éviter la question suivante : « l'intervention a-t-elle vraiment permis d'aider les gens qu'elle devait aider? ». Dès lors on peut être fondé à s'interroger si la gratuité telle que conçue et mise en œuvre répond effectivement à des besoins préalablement identifiés au sein de cette catégorie de population vulnérable. En d'autres termes il se pose la question de savoir si le ciblage des personnes vulnérables et les interventions mises en œuvre restent efficaces.

En maintenant une telle dynamique dans la mise en œuvre des interventions gratuites comme le préconise les conclusions de l'étude « Enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques relatives au paludisme dans 19 districts sanitaires de la Côte d'Ivoire, volets qualitatifs et quantitatifs », ne court-on pas le risque de maintenir la situation en l'état?

Plutôt que d'offrir la gratuité indifféremment du niveau de revenu des bénéficiaires, n'y a-t-il pas lieu d'envisager une approche concertée avec d'autres partenaires pour agir sur le long terme en matière notamment de réduction de la pauvreté, d'éducation, d'amélioration des conditions de vie?

Ces pistes de réflexion ont le mérite de rencontrer certaines problématiques dûment identifiées dans la revue de littérature notamment l'impact de conditions socio-économiques sur le message de prévention et de prise en charge du paludisme.

Ainsi, lorsque les personnes enquêtées dans les travaux de Doannio et al s'interrogent à propos de l'usage de la moustiquaire :

« comment déployer une moustiquaire sur une natte et l'utiliser efficacement »

« comment réussir à contenir 3 ou 4 enfants sous une moustiquaire posée sur une natte sans que celle-ci s'use? » (Doannio et al, 2006).

Ces interrogations ramènent selon nous à l'indispensable examen des conditions socio-économiques dans lesquelles vivent la majorité des personnes exposées au paludisme et l'impact de ces conditions sur leur adhésion aux pratiques de prévention. Il nous apparaît à cet égard que la distribution gratuite de la moustiquaire dans le cadre d'une politique de prévention contre le paludisme aura peu d'impacts si le milieu de vie ne permet pas son usage dans des conditions satisfaisantes. Le principe même de distribution gratuite peut paraître à première vue comme une mesure politique dont la vocation sociale est évidente. Mais derrière celle-ci il est utile et même urgent de prendre en considération la manière dont la gestion de l'espace intervient au sein des communautés bénéficiaires. La remarque que nous pouvons faire ici est la suivante : l'enfant de moins de cinq ans ou la femme enceinte dispose-t-il d'un espace autonomisé permettant l'installation et l'usage correct de la moustiquaire?

Derrière cette interrogation demeure l'inévitable enjeu de l'examen des déterminants sociaux de la santé au sein des communautés où le programme national de lutte contre le paludisme est mis en œuvre. Certes les progrès de la médecine restent essentiels pour contribuer à réduire la charge du paludisme en Côte d'Ivoire mais, les transformations sociales peuvent aussi jouer un rôle non négligeable ainsi qu'elles l'ont été dans de nombreux pays occidentaux.

Partant de ce constat, nous pouvons suggérer quelques options alternatives dans la mise en œuvre des politiques de prévention et de prise en charge du paludisme. Une première alternative pourrait être d'intégrer les mesures de prévention et de prise en charge contre le paludisme dans un cadre politique plus global incluant l'assainissement des conditions et du milieu de vie. Les différentes statistiques portant sur l'impact socio-économique du paludisme plaident en faveur de cette option. En effet, l'ampleur des conséquences humaines et économiques invite à se positionner en faveur d'approches innovantes et à ne plus limiter la lutte contre le paludisme à ses seuls enjeux médicaux. Mais, cette solution si elle est audacieuse pourrait soulever des difficultés pratiques à ne pas négliger. On peut envisager par exemple la contrainte de financement et de faisabilité pratique. Nous l'avons rappelé tout au long de ce travail, les mécanismes de prévention et prise en charge sont pour une grande part inspirés et soutenus techniquement et financièrement par divers organismes internationaux. Les enjeux d'assainissement et d'amélioration des conditions de vie ne sont pas inclus de façon spécifique dans leurs objectifs.

Une seconde alternative pourrait être d'offrir les services de gratuité exclusivement aux personnes pauvres et démunies faisant partie des catégories les plus à risque (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, personnes vivant avec le VIH etc). Cette alternative repose sur le fait qu'il pèse un double fardeau sur ces personnes. Cette option soulève aussi divers enjeux dont notamment l'identification équitable et rigoureuse des personnes que l'état de pauvreté écarte des services de prévention et de prise en charge. Toutefois, ces réserves que nous formulons aux différentes alternatives ne sont pas insurmontables. On soulignera par exemple que le défi d'identifier des indigents en vue de leur offrir l'accès gratuit aux services de santé a été relevé au Burkina Faso dans le cadre d'une recherche action participative (Ridde et al, 2010).

Ces différentes questions ont moins vocation à minimiser l'importance des interventions dans la politique nationale qu'à inviter à une profonde réflexion sur les stratégies et les méthodes mises en œuvre en matière de lutte contre le paludisme. Une évaluation rigoureuse de ces interrogations s'impose en conséquence.

CONCLUSION

En entreprenant ce travail de recherche, nous avons pour objectif de montrer que la politique de lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire véhicule des valeurs éthiques. En effet, le cadre d'analyse de Massé nous a permis de reconnaître et de décrire des valeurs qui sont implicitement contenues dans la politique et qui se manifesteront assurément sur le terrain lorsque les actions de prévention et de prise en charge contre le paludisme seront déployées en situation réelle. Sans avoir la prétention de poser l'éthique comme une solution systématique et parfaite à tous les problèmes de santé, nous pensons qu'il peut être très utile de l'intégrer très clairement dans le discours et les actions en matière de lutte contre le paludisme. Ainsi, affirmer dans le document de politique que la lutte contre le paludisme vise à promouvoir telle ou telle valeur au sein de la société permettrait en amont de déterminer des mesures cohérentes en vue de sa mise en œuvre. Par exemple, nous pensons que le fait de proclamer publiquement que nous œuvrons à promouvoir la solidarité au sein des communautés ou encore la réduction des inégalités, peut nous motiver à travailler sur les situations qui engendrent les déficits de solidarité ou qui engendrent et renforcent les inégalités. Ce travail d'identification et d'analyse de valeurs éthiques implicites dans la politique nationale nous a également conduit à aborder une question fondamentale qui n'est pas expressément visée dans les documents officiels auxquels nous avons pu accéder : la prise en compte de l'équité et des inégalités dans la définition des mesures pour la prévention et la prise en charge des épisodes de paludisme. Ces préoccupations ne sont pas spécifiques à la Côte d'Ivoire et relèvent quasiment d'un intérêt au niveau mondial. Ainsi, les rapporteurs de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS voient dans les injustices en matière de santé une question de vie ou de mort (OMS-CDDSS, 2008). Réduire les inégalités en santé devient en conséquence un impératif éthique qui s'impose dans le contexte de la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire.

Cependant, cette préoccupation pour la réduction des inégalités ne saurait être circonscrite à la seule politique de lutte contre le paludisme.

En effet, s'il nous apparaît légitime de voir dans une politique de santé la prise en compte exclusive des questions sanitaires, il faut aussi reconnaître que divers centres de décisions ou d'influence dans le domaine économique ou social peuvent avoir un impact décisif sur la santé des communautés. Cet impact peut se révéler notamment sur les conditions dans lesquelles les individus, naissent, vivent, travaillent et vieillissent. En conséquence, les objectifs attendus de la lutte contre le paludisme pourraient en être durement affectés voire rarement atteints.

En tenant compte de cette complexité, nous estimons que les mesures de gratuité au bénéfice des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes dans leur formulation actuelle ne devraient pas être une solution d'application systématique. Le fait que ces mesures soient encouragées et mises en œuvre avec l'appui technique et financier de l'OMS et divers autres partenaires de santé de niveau international n'en font pas d'emblée des décisions pertinentes et acceptables. Des initiatives locales méritent d'être suscitées et encouragées en vue de les remettre en question et/ou les adapter en prenant en compte les besoins et les spécificités propres aux communautés en Côte d'Ivoire. Faisant suite à ce commentaire, des projets de recherche empirique mériteraient d'être envisagés dans le futur. Il s'agirait ici d'explorer notamment la pertinence, l'adaptabilité et l'acceptabilité des mesures qui sont prises à l'initiative des organismes de niveau international dans les différents contextes particuliers.

Il serait aussi pertinent de questionner l'efficacité de ces mesures dans le cadre d'une évaluation de la politique de lutte contre le paludisme qui permettrait de s'assurer que les finalités énoncées et les objectifs visés sont effectivement atteints. Ainsi, les bénéficiaires peuvent être sollicités à l'effet d'identifier leurs besoins et la meilleure façon de les prendre en compte dans la politique.

Finalement, nous croyons qu'un autre regard sur la manière dont la lutte contre le paludisme est conçue et mise en œuvre est possible et même nécessaire.

RÉFÉRENCES

Barat, Lawrence M. and al, (2004). *Do malaria control reach the poor? A view through the equity lens*, American Journal of Tropical Medicine and hygiene, vol 71, suppl. 2, pages 174-178

Blais, M et Martineau S (2006). *L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes*. Recherches qualitatives vol 26 (2), pages 1-18

Bourgeault Guy (1998). *Ethique et santé publique: à propos des conflits de valeurs*. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 5, numéro 2, pages 225-240

Bulletin de la société de pathologie exotique : <http://www.pathexo.fr/standard-1301-1.html> Page consultée le 15 septembre 2010

Centre de Recherche pour le Développement (2008). *Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives au paludisme dans 19 districts sanitaires de la Côte d'Ivoire*. Rapport final volet quantitatif, Abidjan, 65 pages

Centre de Recherche pour le Développement (2008). *Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques relatives au paludisme dans dix neuf districts sanitaires en Côte d'Ivoire*. Rapport final, volet qualitatif, Abidjan, 55 pages

Coulibaly K T (2008). Thèse de Doctorat en médecine *Évaluation de la prise en charge du paludisme chez les enfants de 0 à 1cinq ans en Août 2008 dans les districts sanitaires du projet Fonds Mondial en Côte d'Ivoire*. Université d'Abidjan-Cocody, 126 pages

Darriet, F (2007). *Moustiquaires imprégnées et résistances des moustiques aux insecticides* Éditions IRD, Paris, 117 pages

Diabate, A; Baldet, T; Ido, K, et Guiguemde TR. (2000). *Sensibilité aux pyrétrinoïdes d'An. Gambiae sl. dans les hydro-aménagements au Burkina Faso : implications opérationnelles dans la lutte contre le paludisme*. Dans Textes des communications du Colloque International « Eau-Santé - Ouaga 2000 ». Impact sanitaire et nutritionnel des hydro-aménagements en Afrique. Pages 75-81, Ouagadougou

Dictionnaire Larousse, www.larousse.fr page consulté le 15 septembre 2010

Doannio, JMC; Doudou, DT; Konan, LY; Djouaka, R; Pare Toe, L; Baldet, T; Akogbeto, L; Monjour, L (2006). *Représentations sociales et pratiques liées à l'utilisation des moustiquaires dans la lutte contre le paludisme en Côte d'Ivoire*. Revue de Médecine Tropicale, numéro 66, pages 45 à 52

Dossou-Yovo, J; Amalaman, K; Carnevale, P (2001). *Itinéraires et pratiques thérapeutiques antipaludiques chez les citoyens de Bouaké, Côte d'Ivoire*. Revue de Médecine Tropicale, numéro 61, page 495 à 499

Doré, I. (2007) Mémoire de maitrise sur le thème « *Prévention du paludisme au Burkina Faso : défis et enjeux de la moustiquaire imprégnée* ». Université de Montréal, 134 pages

Dozon, J-P (2005). *Préface* dans Vidal, L; Fall, S; Gadou, D; Les professionnels de la santé en Afrique de l'ouest, entre savoirs et pratiques. Paris, Éditions l'Harmattan, page 13

Durand, Guy (2005). *Introduction générale à la bioéthique, histoire, concepts et outils*. Montréal, Fides, 568 pages

Dworkin, Gerald, (2009). *Paternalism* The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Summer 2009 Edition), Edward N. Zalta (Ed) page 1

Ferry, L (2002). *Valeurs et normes, la question de l'éthique* Collection Philosophie et société, Éditions de l'Université de Bruxelles, 114 pages

Fortin, Marie Fabienne (2010). *Fondements et étapes du processus de recherches*, 2^{ème} édition Chenelière Éducation, Montréal, 632 pages

Guichard, Anne et Potvin, Louise (2010). *Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ?* Dans *Réduire les inégalités sociales en santé* sous la direction de Potvin, Moquet et Jones, collection santé en action, INPES, Montréal pages 35-52

Hay, Simon I.; Guerra, Carlos A.; Tatem, Andrew J.; Atkinson Peter M. and Snow, Robert W (2005). *Urbanization, malaria transmission and disease burden in Africa*, Nature Review, vol 3 pages 81-90

Henry, M-C.; Rogier, C.; Nzeyimana, I.; Dossou-Yovo, J.; Assy, S. B.; Audibert, M.; Mathonnat, J.; Keuidjan, A.; Teuscher, T. et Carnevale, P. (2000). *Morbidité palustre en zone rizicole de savane au nord de la Côte d'Ivoire*. Dans Textes des communications du Colloque International « Eau-Santé - Ouaga 2000 ». Impact sanitaire et nutritionnel des hydro-aménagements en Afrique. Pages 41-47, Ouagadougou

Houéto, D (2008). *Les inégalités sociales de santé* Lettre en ligne Revue du Réseau Francophone International de promotion de la santé, volume 7, numéro 5, page 9

Institut de santé publique et des populations (2009). Plan stratégique 2009-2014, page 12 Disponible en ligne

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/984_PlanStrat2009-2014.pdf

Page consultée le 21 juin 2011

Jaffré, Y (2003). *Les apports de l'anthropologie sociale à la lutte contre le paludisme*. Revue de Médecine Tropicale, numéro 63, page 276 à 281

Jones, Caroline O.H. and Holly, A. Williams, (2004). *The social burden of malaria, what are we measuring?* American Journal of Tropical Medicine and hygiene, vol 71, suppl. 2 pages 156-161

Kenny, N. and Giacomini, M. (2005). *Wanted: A New Ethics Field for Health Policy Analysis*. Health Care Analysis, Vol.13(4), pp.247-260

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 (2001). *La santé publique comme projet politique et individuel* dans Hours, B. Systèmes et politiques de santé, De la santé publique à l'anthropologie. Paris, Karthala, Collection Médecines du Monde, pages 41-66

Massé R en collaboration avec Saint-Arnaud J. (2003). *Éthique et santé publique, enjeux valeurs et normativités*. Les Presses de l'Université Laval, 413 pages

Massé, Raymond (2005). *Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique*, Éthique publique, 2005, volume 7 numéro 2 pages 107-124

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

Page consultée le 20 juin 2011

Ministère de la Santé – Burkina Faso (2007). *Programme National de Lutte contre le Paludisme Burkina Faso plan d'actions 2007*. Ouagadougou, 37 pages

Ministère de la Santé – Burkina Faso (2006). *Programme National de Lutte contre le Paludisme Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2006-2010*. Ouagadougou, 53 pages

MSHP (2005). *Document de politique nationale pour la lutte contre le paludisme*, Abidjan, Côte d'Ivoire, 19 pages

MSHP (2005). *Plan Stratégique faire reculer le paludisme*, Abidjan, Côte d'Ivoire, 64 pages

N'Dior et Kadjo (2005). *La difficile mise en question des systèmes et des politiques de santé à travers la presse* dans Vidal, Laurent; Fall, Salam; Gadou, Dakoury; « *Les professionnels de la santé en Afrique de l'ouest, entre savoirs et pratiques* », Éditions l'Harmattan, Paris, 330 pages

N'Doye, T; Adjagbé, A (2005) *Négociation des normes de prise en charge du paludisme en Côte d'Ivoire et au Sénégal* dans Vidal, L; Fall, S; Gadou, D; « *Les professionnels de la santé en Afrique de l'ouest, entre savoirs et pratiques* », Éditions l'Harmattan, Paris, 330 pages

OMS (1986). *Charte d'Ottawa*. Disponible en ligne

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Page consultée le 08 août 2011

OMS (2006). *Directives pour le traitement du paludisme*, 282 pages

OMS (2010). Aide mémoire numéro 94 sur le paludisme.

Disponible en ligne <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/index.html>

Page consultée le 15 septembre 2010

OMS (2010).

http://www.who.int/malaria/diagnosis_treatment/resistance/fr/index.html

Page consultée le 30 septembre 2010

OMS (2010). *Aide mémoire sur le paludisme*, disponible en ligne, page consultée le 03 février 2010

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/fr/index.html>

Onwujekwe, Obinna ; Uzochukwu, Benjamin ; Eze, Soludo; Obikeze, Eric ; Okoli, Chijioke and Ochonma, Ogonnia (2008). *Improving equity in malaria treatment: Relationship of socio-economic status with health seeking as well as with perceptions of ease of using the services of different providers for the treatment of malaria in Nigeria*. Malaria Journal, vol 8 numéro 7, page 9

Parent, G; Poda, J-N; Zagré, N-M; De Plaen R; Courade, G (2002). *Irrigation, santé et sécurité alimentaire en Afrique : quels liens ?* Cahiers Agricultures, vol 11, numéro 1, page 9

Potvin, Louise; Ginot, Luc; Moquet, Marie-José (2010). *La réduction des inégalités : un objectif prioritaire des systèmes de santé dans Réduire les inégalités sociales en santé* sous la direction de Potvin, Moquet et Jones, collection santé en action, INPES, Montréal pages 52-62

Poupart; Deslauriers; Groulx; Laperrière; Mayer; Pires (1997). *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Édition Gaétan Morin, Boucherville

Poutrain, Véronique; Adjagbé, Assani; Hane, Fatoumata; Konan, Claire et N'Doye, Tidiane (2005). *Systèmes de santé et programmes de lutte contre la tuberculose et le paludisme* dans Vidal, Laurent; Fall, Salam; Gadou, Dakoury; « *Les professionnels de*

la santé en Afrique de l'ouest, entre savoirs et pratiques », Éditions l'Harmattan, Paris, 330 pages

Revue de médecine tropicale : www.revuemedecinetropicale.com Page consultée le 15 septembre 2010

Ridde, Valéry; Guichard, Anne et Houéto, David (2007). *Les inégalités sociales de santé d'Ottawa à Vancouver : agir pour une « égalité équitable des chances* Promotion & Education, volume 14 pages 44-47

Ridde, Valery ; Haddad, Slim ; Nikiema, Beatrice ; Ouedraogo, Moctar ; Kafando, Yamba ; Bicaba, Abel (2010). *Low coverage but few inclusion errors in Burkina Faso: a community-based targeting approach to exempt the indigent from user fees* BMC Public Health, Vol.10, p.631

Rollback Malaria, <http://www.rbm.who.int/fr/rbmmandate.php> Page consultée le 15 septembre 2010

Rochon, Jean (2006). *Enjeux éthiques et décisions politiques*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 11, numéro 1, pages 15-25

Scoccia, Danny (2008). *Defense of hard paternalism*, Law and Philosophy, 2008, numéro 27 page 372

Some, D. T. et Zerbo, R. (2007). *Etiologie atypique du paludisme : perceptions et stratégies locales de prévention dans le département de Gaoua au Burkina Faso*. Revue de Médecine Tropicale, numéro 67, pages 43 à 47

Upshur, R. E. G. (2002). *Principles for the justification of public health intervention*. Canadian Journal of Public Health, Vol.93(2), p.101-103

Vidal, Laurent; Fall, Salam; Gadou, Dakoury (2005). *Les professionnels de la santé en Afrique de l'ouest, entre savoirs et pratiques*, Éditions l'Harmattan, Paris, 330 pages

Whitehead, Margaret et Dahlgren, Göran (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*, WHO, 34 pages

Worrall, Eve; Suprotik, Basu and Hanson, Kara, (2005). *Is malaria a disease of poverty? A review of the literature* Tropical Medicine and International Health volume 10 pages 1047–1059

Yukiko Asada (2005). *A framework for measuring health inequity*, Journal of Epidemiology and Community Health. numéro 59 pages 700–705.