



## **LOGIQUES D'ACTEURS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS LA LUTTE CONTRE L'ONCHOCERCOSE À MONATÉLÉ (CAMEROUN)**

**Guy Christophe Eloundou Onguene**

Université Catholique d'Afrique Centrale

[elounchris@gmail.com](mailto:elounchris@gmail.com)

**Résumé :** L'onchocercose humaine a longtemps constitué un problème de santé publique au Cameroun où son traitement à l'Ivermectine a nécessité l'entrée en jeu des professionnels de santé de première ligne et des agents de santé communautaires. En tant qu'acteurs de terrain en relation avec les communautés auprès desquelles ils exercent, ces personnels de santé sont au cœur d'enjeux stratégiques à la fois médicaux et sociaux. Le présent article s'intéresse à leur contribution dans la distribution de l'Ivermectine, ainsi qu'aux logiques de positionnement qui entourent leur statut au sein de la communauté. S'appuyant sur un travail de terrain effectué dans deux aires du District de santé de Monatéélé au Cameroun, l'étude permet de constater que les interactions des acteurs sont mues à la fois par des logiques normatives, motivationnelles et cognitives qui conditionnent l'efficacité des dynamiques communautaires dans la lutte contre l'onchocercose.

**Mots Clés:** Ivermectine, arène, logiques, motivations, Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires

**Abstract:** *Human onchocerciasis has long been a public health problem in Cameroon where its treatment with Ivermectin has required the involvement of frontline health professionals and community health workers. As actors in the field in relation to the communities in which they work, these health personnel are at the heart of strategic issues, both medical and social. This article focuses on their contribution to the distribution of Ivermectin, as well as the positioning logics surrounding their status within the community. Based on fieldwork carried out in two areas of the Monatéélé Health District in Cameroon, the study shows that the interactions of the actors are driven by both normative, motivational and cognitive logics which condition the effectiveness community dynamics in the fight against onchocerciasis.*

**Keywords:** *Ivermectin, onchocerciasis, Community health, Cameroon stakeholder, motivations*

## Introduction

L'onchocercose humaine<sup>1</sup> reste un problème de santé publique dans 113 sur 197 Districts de santé (DS) du Cameroun en 2021 et en particulier dans le District de Santé de Monatéfé (DSM) situé dans la Région du Centre<sup>2</sup>. Depuis sa découverte en 1987, l'Ivermectine ou Mectizan, auparavant vétérinaire, est présenté comme le médicament catalyseur et déterminant dans l'accélération de la lutte contre cette maladie tropicale négligée (MTN). Ce médicament cible principalement les microfilaires. Dans les zones endémiques, il est recommandé de prendre une dose de ce médicament au moins une fois lors des campagnes annuelles de sa distribution<sup>3</sup>.

Depuis 1999, le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) reste la seule stratégie de lutte contre l'onchocercose au Cameroun (Eloundou, 2020). Sous la supervision des professionnels de santé de première ligne (PSPL), la distribution de l'Ivermectine qui constitue l'une des phases du TIDC est assurée, par les agents de santé communautaires (ASC), à travers des stratégies en poste fixe ou de porte-à-porte. Quel que soit le mode de distribution employé, les comprimés de Mectizan doivent être avalés en présence du distributeur compte tenu des restrictions concernant la prise de ce médicament : distribution aux personnes éligibles<sup>4</sup>, pas de consommation d'alcool le jour de la distribution, respect des dosages prescrits, surveillance des effets secondaires graves, etc.

En vue de comprendre les raisons de la recrudescence de l'onchocercose dans plusieurs zones endémiques d'Afrique et du Cameroun, certains auteurs se sont penchés sur la mise en œuvre de la distribution de l'Ivermectine et ont mis en évidence des facteurs liés entre autres : au contexte géographique et culturel, à la planification et à la gestion inadéquate du TIDC (Dissak-delon *et al*, 2019); à l'utilisation quantitative et au renforcement des capacités des ASC (Zambou *et al*, 2015; York *et al*, 2015; Katarbarwa *et al*, 2010; Katarbarwa *et al*, 2002); au temps d'approvisionnement en médicament et au renforcement de l'appropriation communautaire (Kamga *et al*, 2018).

---

<sup>1</sup> L'onchocercose est une parasitose causée par une filaire appelée *Onchocerca volvulus*, transmise par la femelle de la simule ou mouche noire. Généralement, les manifestations essentiellement cutanées, lymphatiques et oculaires de cette maladie sont dues aux réactions inflammatoires causées par la mort des microfilaires qui migrent sous la peau, dans la lymphe et dans l'œil des sujets infectés.

<sup>2</sup> Des enquêtes menées en 2011 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Programme Africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) ont révélé des prévalences de l'onchocercose supérieures à 60% dans les projets TIDC Centre 1 au Cameroun dont le District de Monatéfé fait partie (Kamga *et al*, 2018).

<sup>3</sup> La durée de vie d'une filaire adulte est d'environ 14 ans et la ponte des microfilaires reprend progressivement 09 à 12 mois après le traitement. Ce qui nécessite donc des prises annuelles successives d'Ivermectine.

<sup>4</sup> Les personnes inéligibles au traitement à l'Ivermectine sont: les enfants de moins de 05 ans ; les personnes dont le poids est inférieur à 15 kg; les personnes qui mesurent moins de 90 cm; les femmes enceintes; les femmes qui sont à leur première semaine d'allaitement; et les sujets présentant une affection neurologique ou un mauvais état général.

Si les constats et les conclusions de ces auteurs gagneraient à être pris en compte en vue d'améliorer la distribution de l'Ivermectine, leur extrême focalisation sur les facteurs institutionnels reconnus détourne l'attention des contingences auxquelles les acteurs de terrain font face et des savoirs expérimentiels qu'ils mettent à contribution pour atteindre leurs objectifs et satisfaire divers intérêts locaux. Ces contingences et savoirs sont généralement interprétés par les concepteurs et les décideurs comme un refus de se conformer aux mesures d'intérêt collectif prescrites. Par conséquent, après plusieurs années de distribution du Mectizan dans les zones éligibles, tout se passe toujours comme si chaque campagne est une nouvelle occasion d'apporter des savoirs, des médicaments et d'autres matériels, là où règnent l'ignorance et la maladie.

Le présent article s'intéresse aux interactions entre les PSPL et les ASC lors de la phase de distribution de l'Ivermectine dans deux aires du DS de Monatélé<sup>5</sup>. La discussion va consister à analyser la confrontation des orientations de ces interactions sous le prisme analytique de la socio-anthropologie du changement social et du développement. Dans cette perspective, le TIDC prendra non seulement la forme d'un marché où circulent des ressources matérielles et symboliques rares, mais aussi d'une arène dans laquelle des PSPL et les ASC se confrontent pour l'accès à ces ressources.

À partir d'une approche de l'enchevêtrement des logiques sociales (AELS) (Sardan, 2001), l'analyse des acteurs, de leurs motivations, de leurs représentations et de leurs stratégies autour de la distribution de l'Ivermectine permettra de saisir l'articulation entre la déconstruction du discours sur le TIDC et des points de vue populistes en sciences sociales, en prenant cette rencontre comme objet d'enquêtes empiriques. Il va s'agir de privilégier les logiques et les rationalités qui sous-tendent les représentations et comportements des PSPL et des ASC, de mettre en évidence leurs stratégies, leurs marges de manœuvres, afin de faire ressortir l'existence de « niveaux de décision » au niveau d'un DS, et de choix opérés par les individus en leur nom ou au nom des institutions dont ils se considèrent comme les mandants<sup>6</sup>.

L'intérêt de cet article est de remettre en question les visions simplistes de la causalité et de l'efficacité (Ridde et Sardan, 2017 : 6), généralement prônées lors des évaluations des dispositifs de santé communautaire, en mettant en lumière le rôle du contexte et des acteurs sociaux dans le processus de mise en œuvre de tels dispositifs au Cameroun en général et dans le District de santé de Monatélé en particulier. À travers une recherche qualitative qui combine étude de cas (Dahl, Larivière et Corbière, 2014) et recherche descriptive interprétative (Gallagher, 2014), une revue documentaire et des entretiens individuels approfondis auprès de 02 PSPL et de 04 ASC du DSM ont été menés dans 02 Aires de Santé (AS) de Monatélé et de Nlongbon en 2018.

Les données et informations produites ont été organisées en trois parties : La première partie présente une analyse de l'émergence des PSPL et des ASC, ainsi que

---

<sup>5</sup> Le foyer de Monatélé (Région du Centre) fait partie des principaux foyers, où les répercussions oculaires sont les plus graves.

<sup>6</sup> Adapté de Sardan, 1995 : 51

les motivations de leur choix d'officier en tant que superviseurs et distributeurs respectivement. La deuxième partie analyse, non seulement des situations contingentes qui se présentent à ces acteurs en interaction lors de la distribution de l'Ivermectine, mais aussi l'interprétation que les uns font des logiques d'action des autres. La troisième partie, quant à elle, analyse les stratégies mises en œuvre par les PSPL pour faire face aux situations sus évoquées en vue, non seulement d'atteindre les objectifs de distribution attendus, mais aussi prendre en compte les préoccupations des ASC.

### **Émergence des acteurs et leur enrôlement dans la distribution de l'Ivermectine**

L'émergence des PSPL et des ASC, ainsi que leur enrôlement comme superviseurs pour les premiers et de distributeurs pour les seconds, n'étaient pas seulement déterminés par des critères d'éligibilité officiels. D'autres facteurs non reconnus y ont participé et ont été mis à contribution dans la mise en œuvre de la distribution de l'Ivermectine.

#### **Des PSPL comme superviseurs de la distribution de l'Ivermectine: Au-delà des compétences techniques**

Le rôle de superviseur de la distribution de l'Ivermectine au niveau des aires de santé incombe aux PSPL, en particulier ceux qui sont des Chefs de Centre de Santé Intégrés<sup>7</sup> (CSI). Ils sont des professionnels de santé de première ligne du fait de leur proximité avec les populations qu'ils desservent. Les Chef de CSI sont nommés par le Ministre de la Santé Publique comme c'est le cas chez le PSPL1. Mais il peut arriver qu'ils soient désignés comme intérimaires par le Chef de District comme c'était le cas chez le PSPL2 (Voir tableau 1). Dans tous les cas, la fonction de Chef de CSI, et par conséquent le rôle de superviseur de la distribution de l'Ivermectine, sont légitimés par la compétence technique acquise lors des formations initiale et continue en tant que professionnel de santé. Ainsi, le PSPL1 était un Infirmier Diplômé d'État retraité et le PSPL2, un Aide-Soignant (Voir tableau 1). En d'être des Chefs de CSI, les PSPL étaient aussi des Chefs des Aires de santé<sup>8</sup> (AS) qu'ils desservent.

Cependant, la compétence technique n'est pas suffisante pour faire face aux situations contingentes qui se présentent aux superviseurs lors de la distribution de ce

---

<sup>7</sup> Un centre de santé intégré est une structure de santé locale de 6<sup>ème</sup> catégorie qui constitue le premier point de contact entre la communauté et le service de santé, chargé de dispenser les soins à la fois promotionnels, préventifs, curatifs, avec la participation active d'une communauté représentée par les structures de dialogue dans le cadre d'un partenariat avec l'État (Kondji, 2005).

<sup>8</sup> Chaque District de santé est composé de plusieurs Aires de santé comprenant chacune un ou plusieurs CSI. Parmi les chefs des CSI, l'un est désigné par le Chef de District comme chef de l'Aire de santé. C'est ce dernier qui est le principal interlocuteur lorsqu'il faille traiter des questions qui concernent l'aire de santé.

« précieux » médicament. Ces situations requièrent d'autres compétences non médicales acquises sur le tas, dans le cadre de leurs interactions avec des homologues plus expérimentés d'un côté ou avec les bénéficiaires des services qu'ils offrent d'un autre côté. À ce titre, nous avons pu identifier chez les PSPL interviewés des compétences rhétoriques et relationnelles (au sens de Bierschenk *et al*, 2000).

Les compétences rhétoriques rendent les PSPL aptes à parler le langage officiel relatif à la distribution de l'Ivermectine et même, en cas de besoin, de traduire ce langage en langage local. La traduction en langage local est facilitée par le fait qu'ils sont tous originaires d'une aire géographique voisine de celle dans laquelle ils opèrent (la Lékié) et qu'ils s'expriment parfaitement en langue *Eton*<sup>9</sup> tel que l'explique le PSPL2: « ...*Oui c'est dans le dialecte qu'on cause... puisque moi-même je m'exprime, je n'ai pas besoin de traducteur* ». Les compétences relationnelles identifiées chez les PSPL font référence, comme on le verra, aux capacités qu'ils ont de négocier avec les ASC en vue d'amener ces derniers à effectuer bénévolement le travail de distribution du Mectizan, de résoudre d'éventuels conflits qui pourraient entraver la « bonne marche » de cette phase du TIDC et d'éviter certaines « dérives ».

**Tableau 1** : Profil des professionnels de santé de première ligne interviewés dans les aires de santé de l'étude

N°	Aire de santé	Sexe	Lieu de résidence	Niveau d'études	Formation professionnelle/ Statut	Expérience professionnelle	Nombre d'années d'expériences dans le projet TIDC
PSPL1	Monatéfé	Masc Sa'a	Monatéfé	Probatoire D	IDE/ Fonctionnaire retraité	Plusieurs formations continues organisées par le MINSANTE	Chef de CSI (2001-2013)
PSPL2	Nlongbon	Masc	Monatéfé	Baccalauréat de l'enseignement général	ASo/ Non fonctionnaire	Stage au Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé Hôpital de District de Monatéfé (Service de chirurgie, Major de chirurgie, major du bloc opératoire) CSI de Nlongbon	Chef de CSI depuis 2016

Source : Données collectées par l'auteur

Le tableau qui précède présente le profil des PSPL interviewés en mettant en exergue leur sexe, leur lieu de résidence, leur niveau d'étude, leurs formation et expérience professionnelles. Ces caractéristiques renvoient ici aux compétences

<sup>9</sup> L'*eton* ou *éton* (*itón* en *eton*) est une langue *beti* parlée dans la région du Centre du Cameroun. Elle est à peu près similaire à quelques exceptions près, à d'autres langues du Cameroun comme le *kóló* (appelé couramment l'*ewondo*), le *nanga*, le *bulu*, le *fang* (*ntumu*, etc.).

techniques (niveau d'étude, formations et expérience professionnelle) sur lesquelles les instances sanitaires de lutte contre l'onchocercose au Cameroun se fondent pour définir le profil des superviseurs dans le cadre du TIDC.

### **Des agents de santé communautaires comme distributeurs de l'Ivermectine: au-delà des valeurs intrinsèques attendues**

Quatre (04) ASC ont été interviewés dans les aires de santé de Monatéle et de Nlongbon. Ils sont aussi appelés distributeurs communautaires (DC) ou délégués communautaires. De manière officielle, ils sont choisis parmi les membres de la communauté par voie d'élections organisées sous la coordination du chef traditionnel et du Chef de l'AS. Leur rôle est de sensibiliser et introduire le programme aux communautés, de proposer à la communauté de choisir l'un de ses membres qui sera formé pour la distribution du Mectizan. Les propos du PSPL1 confirment ces assertions au sujet des procédures officielles visant le choix des ASC dans une AS :

[...] En principe dans les villages, pour choisir les agents de santé communautaire, nous procédions à une descente sur le terrain voir les chefs de quartier ou bien de villages. Bon quand on dit on descend, une descente c'est le chef de l'Aire, il rencontre le chef avec la communauté. Il leur explique de quoi il est question et propose à la communauté de choisir un membre qui viendra être formé pour leur distribuer le Médicament. Et la plupart du temps, le chef voyait avec la communauté quelqu'un qui était disponible!! (PSPL1)

Les critères officiels d'éligibilité des ASC, distributeurs communautaires, ont trait à certaines compétences liées à leur mobilité personnelle et à certaines valeurs altruistes. Relativement aux compétences liées à la mobilité personnelle, un ASC doit tout d'abord être instruit, savoir lire et écrire comme l'affirme certains PSPL et ASC interviewés : « [...] selon la politique qui voudrait qu'un DC devrait savoir lire et écrire au moins une langue et s'exprimer [...] » (PSPL2); « On demandait au chef du village de choisir quelqu'un qui sait un peu lire et écrire, c'est ça !! » (ASC1). Le tableau 2 montre que les ASC interviewés ont au moins un niveau d'instruction de quatrième année d'études secondaires (Voir tableau 2).

En outre, l'éligibilité au rôle d'ASC repose aussi sur le fait d'être perçu par les membres de la communauté comme quelqu'un de volontaire, d'honnête et digne de confiance, d'intègre, ayant une bonne conduite. Les PSPL et ASC réinterprètent ces valeurs attendues en fonction de ce qu'ils estiment être plus adapté à leur milieu. L'analyse de leurs propos ci-dessous nous ont amené à identifier les valeurs suivantes : la disponibilité, l'intérêt pour les problèmes des populations, l'amour inconditionnel, la paix, l'harmonie. C'est ce qui ressort des affirmations des PSPL et des ASC ci-dessous:

[...] qu'il s'intéresse personnellement aux problèmes de santé et aux problèmes de sa communauté et de ce fait donc il devrait être disponible; c'est surtout en fonction de sa disponibilité que la communauté opte à le choisir (PSPL2)

Il faut d'abord être disponible, même quand vous êtes venu là, quand on m'appelle je me lève seulement, il faut avoir le temps, il faut servir les gens, il faut obtenir des informations [...] On travaille parce qu'on aime la population et parce que ce médicament nous traite, mais si non il n'y a rien (ASC1)

Le DC c'est celui-là qui est capable d'être en harmonie avec sa population et de distribuer le médicament même si tu ne t'entends pas avec quelqu'un. Tu ne dois pas refuser le médicament à quelqu'un parce que tu ne t'entends pas avec lui. Même si tu ne t'entends pas avec une famille, tu dois être dans cette famille pour leur donner le médicament, tu dois leur donner le médicament. (ASC3)

D'autres facteurs non reconnus, qui permettent de comprendre les logiques d'accession au rôle d'ASC, ont aussi été identifiés. Divers cas de figures ont été relevés : un ASC qui propose la candidature de l'un de ses « assistants de distribution » ; le responsable d'un CSI qui impose un membre de son personnel comme ASC; un ASC qui propose son fils pour lui succéder; un membre de la communauté qui use de sa position de leader au sein d'un réseau social local pour se porter candidat au rôle d'ASC; un « ASC de circonstance » désigné par le Chef de village suite à la démission d'un autre ASC. Ce dernier cas sera développé plus loin. Le premier cas de figure fait référence aux personnes qui sont proposées par des ASC pour jouer ce rôle, après avoir acquis auprès de ces derniers une expérience dans la distribution de l'Ivermectine :

C'est ça qu'on fait quand il a envie de voir ce que tu fais-tu l'appelles tu lui dis que demain ou après-demain si on m'enlève on te met ici voilà comment tu vas faire [...] après-demain si on m'enlève on te met ici voilà comment tu vas faire...Oui ! Quand on a enlevé mon frère il m'a d'abord appelé que bon si on m'enlève demain c'est comme-ca que tu vas travailler. (ASC1)

Cette situation aboutit parfois à des alliances stratégiques entre ASC, où se mêlent collaboration ou même compétition. À ce titre, certains ASC confient qu'ils n'associent personne d'autre dans leur travail de distribution :

Je distribue seul, tu as un cahier c'est le cahier qui est ton frère [...] c'est avec ce cahier que tu travailles pour ne pas perdre tu connais le nombre de femme, le nombre de [...] (ASC1); Moi je fais mon travail parce qu'au centre ici nous sommes deux DC. Nous on marche à deux, on va à deux maisons par maisons, on n'associe personne » (ASC3).

D'autres ASC expliquent qu'ils ne peuvent pas courir le risque de se faire aider par un quelconque membre de leur communauté d'appartenance. Ceci en vue d'éviter de « mauvaises pratiques » de distribution ainsi que leurs conséquences :

Je vous ai dit qu'il y a deux DC dans chaque village, que nous sommes formés. Avant la distribution, on nous fait une formation comment administrer, comment prendre la taille faire ceci [...] comment alors

moi je ne peux donc pas courir un risque prendre quelqu'un à coté [...] je ne sais pas surement si tu feras les mêmes applications parce que tu peux amener quelqu'un qui peut prendre deux comprimés tu mets 04 et peut être leurs effets secondaires graves après [...] je peux être là où il faudra donner 04 comprimés, tu donnes deux. Là il n'y aura pas d'effets [...] Je ne prends personne [...] Nous faisons le travail à deux [...] nous sélectionnons. (ASC2)

Le deuxième cas de figure concerne les personnels d'une formation sanitaire (FS) désignés comme ASC par leur responsable, pour qui ils travaillent comme *auxiliaires*. En attendant de se faire recruter un jour comme agent de l'État, ces personnels réalisent toutes les tâches à eux confiées par leur responsable. Certaines de ces tâches sont du domaine des prérogatives d'un ASC. Dans ces conditions, il n'est pas exclu que cette catégorie d'ASC choisisse à son tour des « assistants » au sein de la communauté, tel que cela ressort de nos entretiens :

Non, on ne m'a pas affecté. Pendant l'école, on faisait les stages ici [...] Oui j'ai fait l'école d'ici. Je suis là depuis au temps de [...] Je suis en train d'aller à la cinquième année. Quand j'ai fini l'école ici, j'ai essayé de faire les concours. Je ne réussissais pas, que de rester comme ça [...] Mon chef non ? Oui Mon chef [...] Oui elle m'a dit, elle m'a demandé qu'il fallait que [...] Je n'ai pas refusé j'ai dit que oui je vais le faire, je le fais avec bon cœur et avec amour parce que j'aime mon travail [...] Moi j'ai trouvé des DC déjà qui étaient là. Moi je me suis juste ajouté. Donc moi je ne peux pas vous dire comment ça s'est passé pour qu'il y ait ces DC [...] Bon pour être DC je ne vais pas te dire que j'ai reçu une formation pour être DC. Bon le temps qu'on était ici, quand il faut faire le recensement des moustiquaires, le recensement des trucs, il y a les DC, j'ai adhéré. (ASC3)

Le troisième cas de figure fait référence aux membres de la communauté désignés comme successeurs d'ASC faisant partie de leurs familles. Cette désignation peut être validée ou non lors des élections des ASC. L'un des ASC interviewés indique ce qui suit :

Pour devenir DC, c'est une sous-section par rapport à ma maman !! En fait la femme de mon oncle était d'abord DC bon vue l'âge et la fatigue elle a alors déposé les armes en disant que l'âge ne lui permet plus de marcher, faire le recensement, la mobilisation des gens : elle s'est donc dit qu'elle n'est plus capable on m'a donc choisi pour la remplacer, donc c'est comme ça que j'entre à la santé, que je deviens DC [...] C'était à la chefferie, il y avait du monde, la population était d'accord parce que ça a fini par avoir des votes, il y avait d'autres qui m'ont sollicité [...] Mais lorsque tu rates les élections, on se joint aux autres...Mais disons qu'au niveau des élections, lorsque la mère a déposé les armes, on n'a pas eu des élections parce que tout le monde a été d'accord !!! Donc là je suis [...] on dit par acclamation (ASC2).



Devenir ASC chez certains membres de la communauté est aussi favorisé par le fait d'occuper une position de leader dans des réseaux sociaux locaux. Certains d'entre eux sont des promoteurs et fédérateurs d'associations d'entraide au sein de leur communauté d'appartenance (Voir tableau 2). Ces positions de leaders leur permettent de jouer un rôle influent en matière de mobilisation sociale et de sensibilisation par exemple, tel que les propos de l'ASC2 le montrent :

Il y a des associations dont je suis membre [...] et l'autre j'ai trouvé, on m'avait choisi pour assister, pour être parmi les membres du bureau [...] L'autre je suis secrétaire, l'autre je suis commissaire au compte [...] les autres je suis membre simple [...] Plus souvent c'est pour des cas de malheurs qui arrivent beaucoup, comme peut être en cas de deuil, on peut voir le cahier si tu es à jour, on voit ta caisse secours, on voit ce qu'on peut te donner en fonction des modalités arrêtées [...] Euh bon dans les associations là-bas, surtout ils font des causeries éducatives, ils font un peu de l'agriculture [...] Mais quand on vous envoie le message, et puis le dimanche là parce que ça se passe surtout le dimanche je donne le message, j'annonce le message aux gens que le Mectizan est en cours [...] prenons le Mectizan, ça nous aide J'annonce le message dans les réunions [...] Non ils ne s'impliquent pas [...] peut-être lors de la première distribution des moustiquaires, là, c'est là où on avait associé, on avait introduit les associations puisqu'on prenait les membres des associations pour la campagne des moustiquaires là [...] la première campagne pas la campagne de cette année [...] c'est là où on avait introduit les associations [...] à l'oncho on n'a jamais impliqué les associations (ASC2).

**Tableau 2:** Récapitulatif du profil sociologique des agents de santé communautaire interviewés dans les aires de santé de l'étude

N°	Aire de santé	Sexe	Région d'origine	Niveau d'étude	Autres compétences	Activité et expérience
ASC1	Nlongbon	Masculin	Centre	Niveau BEPC	Formation d'ASC	Cultivateur
ASC2	Nlongbon	Masculin	Centre	4ème année de l'enseignement technique Menuiserie	Formation en Agriculture et élevage Formation d'ASC	Promoteur, fédérateur d'association
ASC3	Monatéle	Féminin	Ouest	1 <sup>ère</sup> De l'enseignement général Aso	Formation d'ASC	Promotrice dans un débit de boissons 04 ans comme ASo dans le CSI de Monatéle dans tous les services
ASC4	Monatéle	Masculin	Centre		Formation d'ASC	

Source : Données collectées par l'auteur

Le tableau ci-dessus montre que tous les ASC interviewés ont un niveau d'instruction qui leur permet de bien lire et écrire. Il montre aussi que leur position de leader au sein de réseaux sociaux locaux, leurs compétences relationnelles et leurs expériences de négociateurs peuvent être mise à contribution dans le cadre du TIDC.

### **Challenges et facteurs démotivants dans la distribution de l'Ivermectine par les agents de santé communautaires**

Au cours de la distribution de l'Ivermectine, les acteurs de terrain font face à plusieurs situations imprévues et susceptibles d'entraver l'atteinte des objectifs visés par la distribution de l'Ivermectine. De l'interprétation que les uns et les autres font de ces situations, dépendent les actions entreprises par chacun de ces acteurs. Au nombre de ces facteurs figurent : l'insuffisance des ressources logistiques, l'enclavement des espaces géographiques, les promesses de paiement non tenues et les situations conflictuelles.

#### **Insuffisance des ressources logistiques et enclavement des espaces géographiques**

Les faibles ressources allouées aux ASC, ainsi que l'enclavement des espaces géographiques dans certains villages du DSM ont été identifiés comme des facteurs qui rendent le travail des ASC très fastidieux. Par conséquent, l'enthousiasme de ces derniers dans le travail de distribution s'estompe avec le temps surtout chez ceux qui doivent laisser leurs activités génératrices de revenus pour s'adonner à ce travail bénévole : « D'aucuns disent que je ne peux pas laisser tomber mes travaux pour aller distribuer le Mectizan [...] » (ASC4).

[...] Il faut aussi savoir que la distribution avec les DC n'est pas facile [...] longer de maison en maison, sensibiliser les gens, ça devient un problème [...] et marcher à pied faire des grandes distances [...] mon aire est une des aires les plus enclavées du district dans certains villages nous avons des difficultés [...] ce n'est pas facile. (PSPL2)

C'est pour ça que je dis que c'est dur !! À un certain moment, on voit comment ça s'émousse un peu. Parce qu'au début là vraiment, il est enthousiaste !! Mais au fur et à mesure, vous sentez qu'il tire déjà les pas et il faut l'encourager. (PSPL1)

[...] pour la distribution, on marche, il faut contrôler le village tu trouves les gens absents il faut chercher à revenir [...] donc c'est un travail un peu pénible il faut sacrifier le temps lorsqu'il le faut il faut d'abord peut-être laisser les travaux champêtres. (ASC2)

### **Flou autour du paiement du *perdiem***

Certains PSPL plus anciens ont le souvenir des mécanismes de motivation des distributeurs communautaires lors des premières campagnes de TIDC. Selon certains, dans les années 2000, lors des campagnes de distribution du Mectizan, chaque personne éligible devait donner une contribution symbolique de 50 francs CFA ou de 100 francs CFA. Cet argent servait à motiver et à encourager les ASC à distribuer ce médicament. Selon le PSPL1, qui était présent lors de ces campagnes, les instances sanitaires nationales auraient décidé de l'interdire et de prendre en charge la motivation des ASC en charge sous forme de *perdiem*. Cette décision, selon eux, se serait appuyée sur des résultats de recherche<sup>10</sup> selon lesquels cette pratique limitait la prise de ce médicament chez les populations qui n'avaient pas la possibilité de payer cette somme. C'est à partir de ce moment que chaque campagne, les PSPL recevaient de l'argent de la part des superviseurs des niveaux central et intermédiaire du Ministère de la Santé Publique, pour motiver les ASC. Mais progressivement, les ASC ont connu des arriérés de paiement de ces *perdiems*. C'est ce que l'analyse des propos du PSPL1 permet de faire ressortir :

Peut-être pour moi j'allais dire que les gens qui ont la bonne volonté d'aider la communauté. Mais comme c'est aussi difficile de parler de [...] comme ça là pour rien, [...] Le grand problème de ce projet de ce programme là c'est qu'au départ, on motivait les distributeurs communautaires là progressivement, l'état a commencé à se désengager [...] Ca fait 2001 donc j'ai commencé les activités en 2002. Ça veut dire qu'avant là, avant même, on vendait [...] pas vendait en tant que telle [...] mais il paraît qu'il y avait une contribution je ne sais plus combien [...] Oui c'est-à-dire que chaque population devait donner une contribution symbolique de 100frcs ou 50 je ne connais plus [...] Il paraît que ça donnait [...] bon mais, quand l'État était

---

<sup>10</sup> Nous n'avons pas pu entrer en possession des recherches en questions lors de notre entretien avec le PSPL1.

entraîn [...] bon dans les recherches, on a dû peut être croire que les gens se réservaient de prendre le produit parce qu'ils n'arrivaient pas à donner cette contribution. L'État a dû juger utile de supprimer ça et de prendre ça en charge [...] il y a donc eu une période où l'État envoyait de l'argent pour qu'on motive les distributeurs communautaires. Bon avec les limites et les problèmes financiers que l'État a eus, ils ont commencé à avoir des arriérés je ne sais plus comment ça se passe là-bas maintenant mais quand je parlais, il y avait des problèmes de ce genre-là. (PSPL1)

Les ASC reconnaissent qu'ils ont parfois reçu des *perdiems* au cours de la formation qui précède les activités de TIDC. Cet argent leur parvient généralement en partie avec la promesse qu'ils auront le reste d'argent à la fin de la mise en œuvre du projet. Selon certains ASC, cette promesse est le plus souvent non tenue :

[...] on nous motive seulement quand nous sommes en formation. Dès que la formation fini il n'y a plus rien [...] On nous donne seulement quand on fait la formation on nous dit que la nourriture 500f, le transport 500f, la formation 1000f c'est tout on nous donne 2000f [...] (ASC1)

[...] d'aucuns viennent écrire leur nom et comme même lundi et mardi on a suivi une formation, on nous donnait 1000 f par jour perdiem 500 francs de transport et deux jours, on nous a donné 1000 et pause-café. Beaucoup ne supportent pas ça, n'acceptent pas ça (ASC4).

Après la distribution, je n'ai jamais eu 100francs [...] depuis que je suis là peut-être c'est la sixième année aujourd'hui je n'ai jamais eu 100 francs que après la distribution [...] Sauf les deux jours de la formation après ça on vous donne un perdiem là [...] c'est un peu ça [...] Même lorsque c'était en 2016, 2016 je n'accuse personne, notre chef de district sortant, on avait envoyé, certaines aires de santé avaient eu [...] mais nous on n'avait pas eu [...] (ASC2).

Ces promesses non tenues de paiement engendrent chez certains ASC des suspicions envers les PSPL dont ils croient retenir par devers eux, voir détourner l'argent qui leur est destiné. Si les ASC suspectent les PSPL de retenir leur dû, les « assistants de distribution », eux, suspectent leurs « patrons » ASC. Ces suspicions sont parfois à l'origine entre autres des démissions ou même des détournements de médicaments pour les vendre par exemple aux éleveurs<sup>11</sup> : « Mes assistants me disent que quand on me donne de l'argent je mange seul [...] On ne parle plus là-bas le chef de village dit chaque jours que quand on me donne l'argent je ne lui achète jamais la bière, cet argent sort d'où d'abord ? » (ASC1)

<sup>11</sup> Dans l'Aire de Santé d'Eyenmeyong par exemple (qui ne fait pas partie du présent article), il nous a été rapporté que les médicaments sont parfois vendus aux éleveurs. Nous avons dit à l'introduction que l'Ivermectine est un médicament auparavant vétérinaire.

Les désistements des ASC sont aussi des conséquences des soupçons évoqués plus haut. Les raisons identifiées qui permettent de comprendre ces cas d'abandon des activités sont : le fait de vouloir consacrer son temps ailleurs à des activités plus productives ou le fait d'être impliqué dans une situation conflictuelle :

Les DC [...] certaines personnes voulaient déjà se détacher [...] Disons les gens boudaient déjà un peu [...] Bon les plaintes allaient dans le cadre financier hein [...] Mais je crois que dernièrement on leur a donné quelque chose hein. Ça fait combien de temps même là? Je crois que c'est ça qui a fait [...] parce qu'on avait mis long sans vraiment s'occuper d'eux [...] (ASC3)

### **Situations conflictuelles mettant à mal la distribution**

Des situations conflictuelles impliquant les ASC dans leur communauté constituent une pierre d'achoppement pour la distribution de l'Ivermectine, notamment chez des ASC dont la candidature s'est faite par désignation d'un parent ayant précédemment joué ce rôle. Parfois, des problèmes fonciers ou d'autres types de problèmes peuvent opposer deux familles d'un même village. Ils sont souvent à l'origine du refus par un ASC appartenant à l'une des familles, de distribuer le médicament à un ou à plusieurs membres éligibles de l'autre famille.

Un conflit peut aussi naître lorsqu'un ASC refuse de remettre le médicament à une personne éligible qui souhaite le consommer en son absence. L'Ivermectine est un médicament qui, du fait des effets secondaires qu'il est susceptible d'entraîner, doit être consommé en présence du distributeur :

Dans l'autre village c'est généralement un problème de terrain quand un va voir que l'autre vient lui donner le Mectizan il croit que c'est pour venir l'empoisonner [...] Présentement j'ai deux village Nkongal où lorsqu'on m'a signalé le problème j'ai demandé au DC, lui aussi il m'a dit que c'est un problème familial, donc l'oncle et le neveu, quand la femme de l'oncle était DC elle ne donnait pas le Mectizan au neveu il allait le prendre ailleurs et c'est sa belle tante comme elle était déjà âgée qui lui donne publiquement le poste quand elle voit qu'elle ne peut plus assurer la distribution lors d'une réunion à la chefferie, elle a dit que c'est son beau-frère qui la succède maintenant quand moi j'arrive son fils-là ne leur distribuait pas aussi le Mectizan : quand je demande pourquoi il me dit que quand elle aussi était DC elle ne donnait pas le Mectizan dans sa famille [...] ce même DC a un problème avec deux maisonnettes, c'est ces deux maisonnettes où il y a problème. (PSPL2)

Non c'est ça. Il y a ça. Il y a ça. Au cas où quelqu'un il y a une barrière sur le terrain on gère ! [...] Ce que vous venez de dire là par exemple. C'est-à-dire que le distributeur ne s'entend pas avec tel. Il ne peut pas entrer dans sa maison. (PSPL1)

Si toutes ces situations présentées ci-dessus font le quotidien de la mise en œuvre de la distribution de l'Ivermectine dans ces aires de santé, elles sont généralement ignorées par les concepteurs des modules de formation à l'usage des PSPL et des ASC et par les décideurs des niveaux central et intermédiaire du système de santé. Et cet état de choses explique, entre autres dérives, la démotivation et les désistements des ASC, parfois les détournements de médicaments enregistrés. Toutefois, les PSPL ne restent pas les bras croisés, ils usent de stratégies diverses non seulement pour garantir l'atteinte des objectifs de distribution fixés, mais aussi pour satisfaire les intérêts les ASC avec qui ils travaillent.

### **Stratégies des professionnels de santé de première ligne : entre atteinte des objectifs institutionnels et prise en compte des intérêts des agents de santé communautaire**

En vue de faire face aux situations-problèmes sus évoquées, les PSPL mettent en œuvre des stratégies qui visent, non seulement à atteindre les objectifs de distribution qui leur sont assignés, mais aussi à prendre en compte les préoccupations des ASC.

### **Des objectifs de distribution attendus et des motivations chez les professionnels de santé de première ligne**

Dans le TIDC, il est généralement attendu des PSPL qu'ils atteignent les objectifs de 80% de couverture thérapeutique, qu'ils veillent à ce que les ASC respectent les « bonnes pratiques » de distribution en utilisant les moyens admis pour leur accomplissement. Pour y parvenir, un facteur personnel d'impulsion à l'action identifié chez les PSPL interviewés est le désir de faire ses preuves auprès du supérieur hiérarchique direct<sup>12</sup>. Dans notre cas, ce désir de reconnaissance par le supérieur concerne surtout les PSPL désignés comme intérimaires par leurs supérieurs hiérarchiques :

[...] je suis nommé major de la chirurgie et aussi chef de l'Aire et chef du centre de santé de Nlongbon et [...] à l'époque il y avait déjà un problème et quand le Dr [...] me nomme il me dit « il faut aller faire revivre l'aire de santé ». Parce que vraiment à l'arrivée c'était pénible parce que la population ne voulait pas adhérer aux soins de santé primaires [...] Il s'avère que l'ancien chef n'a pas bien géré la population ce qui fait que ceux qui voulaient vraiment se soigner allaient bien plus loin vers Evodoula ou même Elig-Ambassa. Donc l'aire de santé ne répondait plus parce que en principe l'aire de santé compte 02 centres de santé Nlongbon I qui est le centre leader et Nlongbon IV déjà quand j'arrive l'essai un peu de faire de mon mieux

---

<sup>12</sup> C'est le cas par exemple lorsque un chef de CSI a été désigné par son responsable hiérarchique en vue d'assurer l'intérim.

ce qui fait que comparativement à mes données et celles d'avant il y a une très grande amélioration. (PSPL2)

### **Recours à la décision hiérarchique pour pallier l'insuffisance des ressources**

Pour pallier l'insuffisance des ressources logistiques par exemple obtenir des moyens de transport, les PSPL s'en remettent à la décision hiérarchique : soit en faisant un plaidoyer, soit en demandant une autorisation d'utiliser les ressources financières propres au CSI. La réaction des supérieurs hiérarchiques à ces doléances, en particulier celle du Chef de District, est hypothétique :

[...] mon aire est une des aires les plus enclavées du district; dans certains villages nous avons des difficultés c'est pourquoi dans le rapport il y avait une rubrique où on nous demandait comment on pouvait faire pour améliorer j'avais demandé si on pouvait acheter des vélos à mes DC de telle manière que lorsqu'il a sa distribution à faire ou un problème de santé à communiquer il peut faire facilement le tour du village parce que, aller à Ntol, Sebe et Eton ce n'est pas facile, donc ce qui fait que si on montre les trucs de Nlongbon, vous verrez que j'avais demandé qu'on achète des vélos aux DC. (PSPL2)

### **Atténuation des soupçons de rétention du *perdiem* : négociations directes, attribution d'avantages locaux, propositions de mesures de compensation**

Les actions entreprises pour calmer les soupçons de détournement du *perdiem* peuvent consister en des négociations directes avec les ASC. Le contenu des messages s'inscrit le plus souvent dans un paradigme altruiste. Ainsi les PSPL se contentent simplement de rappeler aux ASC que la distribution de l'Ivermectine se fait pour le bien des familles dont ils sont issus et non pour faire plaisir au superviseur. Dans la grande majorité des cas, ce type de message à connotation morale ne permet pas véritablement d'atténuer les suspicions des ASC à l'endroit des PSPL. En général, l'issue des négociations dépend de la nature des relations qui existent entre les protagonistes :

[...] et on nous avait conseillés que quand vous allez donc vous décourager, c'est votre population, ce n'est pas lui ! Donc on essaie de nous encourager de ne pas baisser les bras parce que quelqu'un ne peut pas sortir d'ailleurs pour vous administrer le Mectizan, c'est vous, vous faites ça pour vous, c'est vos enfants et vos frères, vous ne faites pas ça pour les autres, eux ils sont des partants [...] donc ça se fait et on se décourage parfois, mais on nous encourage de travailler par rapport à nos familles. (ASC2)

D'autres actions menées par les PSPL consistent : soit à attribuer aux ASC des avantages supportés par le CSI ou par les projets de santé que le DSM accueille; soit à leur faire des propositions relatives aux mesures locales de compensation pour le travail accompli. Seuls ceux qui se font « remarquer positivement », entre autres, par

leur disponibilité, leur assiduité au travail ou par leur participation aux réunions en bénéficient.

La première action peut consister par exemple à prendre prioritairement en charge l'ASC et/ou les membres de sa famille au niveau du CSI ou de l'Hôpital de première référence.<sup>13</sup> Et cette prise en charge peut se faire gratuitement ou avec une réduction. Toutefois, ces mesures locales de gratuité ou de réduction du coût des soins ou de médicaments ne concernent que certaines prestations : consultation, hospitalisation, accouchement par exemple. La présence accordée à certains ASC dans la prise en charge médicale les motive à s'impliquer activement dans les interventions de santé menées au sein de l'AS :

Il faut, il faut [...] Bon on trouvait peut-être d'autres mesures parfois localement, on peut dire que quand il amène l'enfant au centre de santé, il ne paie plus la consultation. C'était aussi bien, quand il amène sa femme accoucher, il a une réduction, ça les encourageait aussi (PSPL1)

Ce qui m'encourage, c'est que j'ai de petits avantages : lorsque j'ai un petit malheur, disons quand mon enfant tombe malade ? Même si j'arrive ici au District, on va vite d'abord s'occuper de moi peut avant de m'amener à payer les soins [...] Donc c'est le gros avantage que j'ai [...] même si j'appelle le chef de l'aire ici que mon enfant chauffe, il me dit envoie l'enfant, ou amène l'enfant (ASC2)

Oui peut être quand tu viens, si le remède était à 10f on peut te donner à 5 f comme même je suis ici hospitalisé, je suis allé voir mon chef !!! (ASC1).

La motivation, c'est quoi ? Voici la motivation qu'il y a. La motivation c'est que hein, si tu travailles bien, quand tu viens au centre de santé, si tu as un problème, tu es malade, on s'occupe de toi, on te donne les médicaments gratuits, ce n'est pas quelque chose ? [...] Tu vois un peu ça ? Oui mais faut pas amener tout le monde du quartier pour venir [...] Elle est stratégique !!! [...] Tu vois un peu ça non ? Oui [...] tu vois tu es DC, si tu es DC, tu fais bien le travail, tu te dis que non bon quand il y a un malade, parce que nous aussi on réfère un District, quand il y a un cas on réfère au District si on bouge, le District doit aussi bouger !!! Si le DC ne fait pas son travail dans les villages, il sensibilise les populations, ça ne va pas donner ! Ça ne va pas donner ! (ASC3).

D'autres avantages locaux fortement motivants peuvent aussi consister à impliquer les ASC dans des interventions de santé autres que le TIDC au niveau du DSM :

Peut-être bon lorsque j'ai un petit projet [...] parce que tout le monde distribue le Mectizan [...] Bon il peut y avoir que comme la campagne de vaccination là, tout le monde ne peut pas travailler [...] bon on

<sup>13</sup> Il s'agit ici de l'Hôpital de District de Monatéle.



## 56 G. C. Eloundou Onguene

sélectionne donc et ça peut donner des ennuis, on dit bon le chef de l'aire a un groupe et là où tout le monde ne peut pas travailler, on ne peut pas sélectionner. Tout le monde peut-être si on veut 6 et que nous sommes 30, comme l'aire de santé de Nlongbon, on est 30 délégués, mais on ne veut que 6, c'est là où il dit maintenant que je choisis ceux qui sont résidents et ceux qui sont à tous les appels, quand il convoque la réunion, d'autres ne viennent pas...quand on me donne aussi le pouvoir de sélectionner, je sélectionne ceux qui viennent régulièrement au travail et aux réunions [...] (ASC2)

Ceux qui se sentent privés de ces avantages ou marge de manœuvre utilisent généralement des prétextes pour se défilier du travail de distribution du Mectizan :

C'est comme je vous ai dit au départ que c'est le management parce que je vous ai dit l'ancien faisait problème quand j'essaie de causer avec eux parce que parfois les DC se déclaraient n'ayant pas de temps et autres juste pour ne pas être présent à la distribution [...] Sa façon de manager faisait un problème on dit qu'il était dur il n'ouvrait pas les vannes quand tu allais face à lui en avec un problème en tant que DC ce n'était pas son problème il te considérait déjà comme tout le reste. (PSPL2)

En général, les ASC souhaitent que ce rôle et ainsi que les avantages locaux qui l'accompagnent soient encadrés par l'État. Selon un PSPL, dans d'autres Districts de santé non loin du DSM, les ASC disposeraient d'un matériel à leur disposition dans le cadre d'autres projets de santé : boîtes à pharmacie par exemple, et même d'un salaire dans le cadre d'autres programmes de santé :

Certains Délégués Communautaires sont réticents à la distribution. C'est par rapport à la motivation Papa. D'aucuns pensent que être délégué communautaire veut dire être fonctionnaire alors que c'est [...] (ASC4)

Leurs plaintes [...] Ce qu'ils voudraient vraiment c'est que si l'état pouvait faire d'eux des agents de santé communautaire comme dans les autres districts à l'instar du district de santé de...Non ! Nous parlons de DC Malgré qu'on nous oblige à écrire : agent de santé communautaire [...] Oui ! je suis de [...] je suis allé dans mon village, l'agent de santé communautaire me dit chaque mois; j'ai quelque chose qui me vient de Yaoundé et je m'en vais à Express Union, ça m'a un peu mis hors de mes états pourquoi parce que quand je regarde ceux avec qui je travaille, le fait d'avoir au moins quelque chose chaque mois devient un problème parce que l'agent de santé communautaire a sa boîte à pharmacie déjà, il a une rémunération chaque fin du mois donc ça devient un problème il y a déséquilibre. (PSPL2)

Une autre action consiste, pour les PSPL, à proposer aux membres de la communauté de s'organiser localement en vue de développer des activités visant à soutenir leur ASC distributeur, en compensation du temps qu'il met à distribuer le

Mectizan. Il peut s'agir par exemple de défricher son champ. Mais cette mesure de compensation communautaire trouve difficilement une audience favorable auprès de certains ASC :

Et ça motivait très peu certaines personnes, on a beau leur expliquer que dans d'autres coins, les populations ont trouvé d'autres méthodes pour pouvoir les motiver, mais ici chez nous, cette leçon-là est difficile que les gens comprennent ça. C'est difficile. Par exemple on peut prendre un exemple : quand le distributeur a une activité, par exemple défricher son champ, la communauté peut décider d'aller lui défricher le champ en groupe et il leur bon ils s'entendent là-bas, peut en retour, c'est juste une compensation par rapport au temps que, lui aussi il passe pour aller distribuer le médicament de maisons en maisons, de case en case, mais on a beau dire ça et tout et tout ou bien eux-mêmes ils s'entendent s'ils trouvent bon de motiver alors de donner même des petites contributions non contraignantes, là oui que ça pouvait ici l'aider. Mais d'une part, ça ne mord pas...les gens ils continuent à travailler, mais ils ont quand même ce problème-là là-bas [...] J'ai laissé ça je ne sais pas comment ils sont restés gérer ça. (PSPL1)

En revanche, on note de rares cas de reconnaissance des ASC par certains membres de la communauté qui ont reçu le médicament : par exemple le fait de donner une modique somme d'argent ou un rafraîchissement à l'ASC :

Quand je fais souvent, surtout la distribution du Mectizan, les gens m'aident quoi en faisant quoi c'est-à-dire après la distribution quelqu'un peut me donner un verre d'eau « bon tu peux prendre ce verre d'eau (ASC2)

Toi-même tu peux les motiver avec ton propre argent, tu sais que chez nous, on fait le vin de palme quand ça ne va pas, je prends même quelques litres je mets là, on boit et après on se sépare. (ASC)

Mais face aux soupçons au sujet du *perdiem* non reçu et surtout à la démotivation qui s'en suit chez les ASC, les négociations directes des PSPL, fondées sur le simple rappel du caractère altruiste de la distribution ou alors des gains sur le plan psychologique, ignorent le fait que les incitations financières constituent un grand facteur d'impulsion à l'action chez les ASC. Ce type de messages à connotation morale ne porte généralement pas de fruits durables. En l'absence d'incitations financières, les PSPL tentent localement de pallier ce problème soit à travers l'attribution d'avantages au niveau du CSI dans la mesure du possible, soit en amenant les populations à trouver d'autres mesures de compensation pour le bénéfice des ASC. La conception des outils de la phase de distribution de l'Ivermectine, ainsi que la prise de décision à différents niveaux du système de santé impliquées dans le TIDC, gagneraient à intégrer ces expériences diverses.

### **Négociations visant à pallier l'absence des agents de santé communautaire et Stratégies de contournement des situations conflictuelles**

Lorsque des ASC se désistent, les PSPL sollicitent le plus souvent l'entremise du Chef de village, pour trouver un membre de la communauté devant poursuivre la distribution. Si la négociation entre le Chef de village et un ASC démissionnaire ne suffit pas à faire changer d'avis à ce dernier, le Chef réussit tout de même à trouver quelqu'un d'autre dans l'un des villages de l'AS. Généralement ces « ASC de circonstance » sont généralement reconduits lors des campagnes qui suivent. Ce mode d'accession au rôle d'ASC a été annoncé plus haut :

Si quelqu'un a déjà démissionné, vous rentrez voir le chef ! [...] Oui ! Pour qu'il vous trouve quelqu'un d'autre ! [...] Est-ce qu'il faut du temps pour aller voir le chef ? C'est une affaire de moins d'une semaine non ? [...] vous devez descendre sur le terrain voir le chef, poser les problèmes au chef et le chef, [...] ensemble [...] vous devez trouver une solution ou le chef le convoque, il lui demande comment et comme c'est déjà la démocratie, vous ne pouvez pas imposer quelque chose à quelqu'un, donc si on peut trouver quelqu'un d'autre on choisit. Au cas où il n'y a vraiment personne, vous pouvez trouver quelqu'un même dans un autre village, il part les aider. (PSPL1)

En dépit de ces précautions, il arrive très souvent que le choix des ASC débouche sur des situations conflictuelles telles que présentées plus haut. Dans ces cas, des stratégies de contournement sont préconisées par les PSPL lors de la formation des ASC ou en situation de distribution. Dans ce deuxième cas, les PSPL sont tout d'abord informés : soit par les ASC eux-mêmes; soit par certains membres de la communauté, lorsqu'ils estiment que c'est l'ASC en question qui est à l'origine du problème. Le deuxième mode d'information n'est pas toujours approuvé de tous les PSPL, car ils estiment qu'il n'est pas approprié de permettre à n'importe quel membre de la communauté de rendre compte des frasques commises par leur « représentant » :

Donc vraiment des cas de ce genre, ça se gère au cas où quelqu'un est réticent, il ne peut pas boire le médicament de tel, même s'il faut que le chef de l'aire descende donner, lui-même il descend ! Normalement le chef peut [...] il essaie un peu de tenir une réunion où il sensibilise les gens ! Il leur dit un peu le bien-fondé et tout et tout. Mais s'il y a vraiment un problème, mais je n'ai pas connu ce genre de problème, mais s'il y en a, nous devons nous tous, ça doit venir au niveau du centre de santé. Le chef de centre descend tenir une réunion et peut-être d'abord voir la plupart du temps il peut rencontrer des gens en question et lui-même vient avec le médicament donner. (PSPL1)

Comme mesures prises, soit le PSPL va lui-même distribuer le Mectizan aux personnes éligibles concernées après les avoir sensibilisées; soit il envoie un ASC travaillant dans un village voisin pour distribuer ce médicament ; soit il implique des

chefs de village pour tenter de résoudre le conflit. La première mesure n'est pas approuvée par certains PSPL. C'est la deuxième mesure qui l'est généralement :

Pour gérer une telle situation je recensais toutes les maisons où il y a des plaintes. « On ne m'a pas donné le Mectizan » [...] Je recense je dépêche un autre DC pour donner le métrisant parce que si tu habitues la communauté à venir toujours accuser les gens avec qui tu travailles et toi-même tu te lances sur le terrain, ça c'est encourager le conflit, il est donc préférable que ce soit un autre agent communautaire venant d'ailleurs qui aille sur le terrain. Donc il faut maintenant chercher à permuter, c'est-à-dire prendre un DC d'un autre village pour aller donner uniquement le Mectizan et ressortir de ce village [...] Moi sur le terrain je ne fais que superviser, vérifier le recensement, vérifier et m'assurer que tout le monde a pris le médicament, ça veut dire que si tu as un conflit avec un de mes DC, viens me signaler, mais ne t'attends pas à ce que je vienne te donner le Mectizan [...] Je vais vers mon DC, je lui demande pourquoi, parce que lorsque je fais mes réunions avec mes DC, je leur dis que lorsque tu as un problème avec quelqu'un et que tu ne peux pas entrer chez lui, pour distribuer le Mectizan signale-moi au départ que j'ai deux maisons dans lesquelles je ne peux pas entrer, là je dis déjà à un autre DC que comme il est dans le village voisin, il y a deux maisons où il va donner le Mectizan. (PSPL2)

J'avais des problèmes avec mon oncle même, parce qu'on ne se saluait pas. Maintenant, c'est un autre DC qui venait travailler à ma place. Ça ne manque pas, ça ne manque pas, le chef de l'aire avait dit cela que celui qui ne s'entend pas avec son voisin dans le village, qu'il vienne le saisir. Mieux vaut qu'il dépêche un autre DC qui vient d'ailleurs pour le sensibiliser. (ASC2)

En outre, le fait de faire appel aux chefs de village pour favoriser la distribution du médicament aux familles en conflits ne porte pas toujours du fruit. Le vote des ASC tel que cela est préconisé officiellement semble être le meilleur moyen de contourner les situations conflictuelles :

C'est seulement lors du choix [...] du choix dans la communauté. On essaie un peu de [...] parler à ceux dans la communauté c'est-à-dire au chef de nous choisir quelqu'un qui est accepté presque dans tout le village [...] de telle manière que s'il y a des problèmes comme ça, c'est le chef qui doit les gérer ! [...] Mais la plupart du temps, ça se gère sur place [...] le chef, les élites, les leaders du village peuvent beaucoup aider dans ce sens-là. (PSPL1)

Recours à la décision hiérarchique, négociations directes, attribution d'avantages locaux, mesures de compensations et contournement de conflits sont entre autres autant de stratégies dont usent PSPL sur le terrain pour faire face aux « situations-problèmes » qu'ils rencontrent lors de la phase de distribution de l'Ivermectine dans les AS de l'étude. Bien que certaines stratégies (attribution

d'avantages, mesures de compensation, contournement de conflits) portent plus de fruit que d'autres, ils n'en reste pas moins vrai qu'au-delà de l'atteinte des objectifs institutionnels, il est important en santé communautaire de se pencher sur les préoccupations des représentants de la communauté que sont les ASC.

## **Discussion**

Les PSPL et les ASC ont été analysés à partir du concept central de courtier. Il permet de saisir autrement leurs comportements, en mettant aussi en lumière les manœuvres opportunistes et intéressées que les ressources du TIDC peuvent susciter (Bierschenk *et al*, 2000). Toutefois, ces acteurs ne sont pas forcément considérés comme des manipulateurs cachés, des intermédiaires cyniques agissant de façon masquée (Ibid.). Si les conflits sont l'expression d'intérêts «objectifs» opposés, ils sont aussi l'effet des stratégies personnelles et des phénomènes idiosyncrasiques (Turner, 1957). Le conflit, par rapport au consensus, constitue ici un fil directeur pour mettre en évidence les stratégies et les logiques des acteurs ou des groupes. Par ce fait, il permet de mettre en évidence les moyens de prévention et de résolution des conflits.

Relativement aux compétences, les PSPL disposent, en plus des compétences techniques, d'autres acquises dans leur pratique, au fil de leur expérience. Ainsi, des compétences rhétoriques, relationnelles et même organisationnelles identifiées chez eux sont mises à contribution dans la distribution de l'Ivermectine. Du côté des ASC, c'est à partir de leur mobilité personnelle que débute le processus de leur formation en tant que personnages capables d'exercer une médiation entre des mondes différents (Blundo, 1995).

L'analyse de l'émergence des ASC et de leur choix de s'investir dans le TIDC à partir des seuls critères officiels n'est pas suffisante si elle ne prend pas compte d'autres cas de figure d'accession à ce rôle et le fait que cette éligibilité s'inscrit aussi dans une logique d'entrepreneur social et politique, et traduit parfois une stratégie de mobilité sociale ascendante (Bierschenk, 2000). Parlant de ces cas de figures, Katarwa et Richards (2002), dans leur étude menée en Ouganda, distinguaient déjà trois catégories d'ASC : ceux qui sont sélectionnés par les membres de leur communauté d'origine ; ceux qui nommés par les dirigeants du conseil local ; des volontaires auto-désignés.

La logique d'entrepreneur social s'observe chez des ASC qui occupent des positions de leadership dans des réseaux sociaux locaux. Ils peuvent, à ce titre, se garder des obligés, du côté de leurs associations. Pour Blundo (1994), le fait de se constituer un réseau personnel<sup>14</sup>, que ce soit du côté des responsables, ou de côté des populations, est une marque de réussite du courtier accompli, qui est en mesure de mobiliser un solide capital relationnel.

---

<sup>14</sup> Dans le sens de capital social. Bourdieu (1980) définit le capital social comme l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations plus ou moins institutionnalisées d'interconnaissance et d'interreconnaissance

La mobilité sociale ascendante s'observe chez des « assistants » ou chez des « subordonnés » qui doivent apporter leur soutien aux ASC afin que ces derniers puissent atteindre les objectifs de la distribution. Pour Bierschenk et al (2000), l'univers du courtage est concurrentiel et compétitif. Selon ces auteurs, il n'est pas rare que ces « courtiers assistants » échappent au contrôle de leur « chef » et travaillent plutôt à leur propre compte, ou même contre lui.

L'organisation technique de la distribution de l'Ivermectine dans le DSM ignore généralement des situations problèmes auxquels les acteurs se heurtent. Les enjeux qui s'y dégagent incluent non seulement les valeurs altruistes, mais aussi des intérêts standards imputables aux acteurs (Hirschmann, 1977). Il est généralement affirmé que les motivations affichées des ASC reposent principalement sur des gains en termes de reconnaissance sociale, d'estime de soi et de connaissances, plutôt que sur des incitations financières (Eloundou, 2012).

Ces motivations « normatives » ignorent le fait que des situations vécues par les PSPL telles que les suspicions et les désistements des ASC, ainsi que leur refus de distribuer le médicament mettent en lumière d'autres enjeux plus personnels autour de la phase de distribution de l'Ivermectine. En revanche, d'autres expériences de distribution gagneraient aussi à être étudiées et intégrées dans les phases de conception, de formation et de préparation. Par exemple, la question des liens de famille renvoie au népotisme ; l'implication et le poids de la chefferie traditionnelle comme auxiliaire de l'administration ; le type de rapports parfois amicaux et intimes qui se tissent autour d'une bouteille de vin de palme peuvent participer ainsi d'un processus de socialisation.

Les stratégies des PSPL ne se limitent pas à atteindre les objectifs qui leur sont assignés. Ils doivent aussi assurer, pour ainsi dire, une sorte de médiation en vue de satisfaire autant que faire se peut les intérêts des ASC sachant qu'ils n'ont pas été formés à la médiation. Ainsi, la négociation, la concertation et le recours à la décision hiérarchique sont les modes de coordination sociale (Mayntz et Sharp, 2001) qui ont été identifiés ici comme stratégies.

Concernant la négociation, il faut faire remarquer que les arguments qui la sous-tendent ne s'inscrivent généralement que dans une rhétorique à forte connotation idéologique et morale (Sardan, 1995); sans adaptation à la situation dans laquelle l'ASC se trouve ou à ses motivations réelles. Par exemple, il est sans cesse rappelé aux ASC « rebelles » le caractère « sacerdotal » du travail de distribution qui leur incombe et pour lequel ils se sont investis.

Ce type de message s'inscrivant dans un populisme moral ou idéologique (Chambers, 1990) ne permet pas de mettre en évidence la richesse des savoirs populaires qui pourraient constituer un point de pivot à la participation communautaire (Laperriere, 2016). Par exemple, Vouking et al (2015) ont montré qu'en Afrique subsaharienne, les ASC de sexe féminin étaient plus engagées, persuasives et plus patientes que leurs collègues masculins dans la distribution de l'Ivermectine. De plus, Katarwa et al (2010), dans leur étude menée en Ouganda, montrent que les ASC de sexe féminin ayant une parenté avec les membres de la communauté ne démissionnent presque pas.

Enfin, les stratégies visant à favoriser la rétention des ASC dans un dispositif de santé communautaire doivent être entreprises non seulement lors leur désignation avant l'intervention, mais aussi pendant et après celle-ci. Ainsi, Emukah et al (2008) montrent que cette rétention peut être assurée avant l'intervention par leur sélection de façon représentative ; au cours de l'intervention à travers leur supervision et leur approvisionnement en médicaments ; et après l'intervention par leur implication dans d'autres programmes de santé. Pour Rezakhani et al (2019), l'édification d'une culture sur le rôle des volontaires de la santé, la valorisation de leurs activités dans la communauté et l'information des superviseurs sur les tâches du volontaire de la santé concourent à retenir ces volontaires et à soutenir également leurs activités au niveau communautaire. Enfin, dans le TIDC, la prise de décision collective sur des alternatives aux incitations monétaires des distributeurs élus de façon représentative et même ceux qui se sont auto-désignés (Katarbarwa et Richards, 2001).

## **Conclusion**

Le présent article visait à comprendre la phase de distribution de l'Ivermectine dans le DSM, à partir des interactions entre les acteurs en présence. Nous avons utilisé l'approche de l'enchevêtrement des logiques sociales qui propose, à partir des enquêtes empiriques, une analyse articulant la déconstruction des discours sur la lutte contre l'onchocercose et divers points de vue du populisme en sciences sociales. Plusieurs facteurs reconnus et non reconnus entrent en ligne de compte dans la compréhension de la distribution de l'Ivermectine. Les compétences que les PSPL et les ASC mettent à contribution dans le TIDC sont non seulement techniques, mais aussi pragmatiques. Les enjeux de la distribution chez ces acteurs ne se limitent pas toujours aux valeurs prônées par les institutions sanitaires nationales et internationales, mais ils intègrent aussi des intérêts et logiques propres aux acteurs.

De plus, la compréhension de la mise en œuvre de la distribution de l'Ivermectine ne se réduit pas à l'organisation technique des ASC telle que définie par les manuels de formation. Ceux-ci ne prennent pas en compte les « dérives » observées chez les ASC et qui sont considérées comme autant de formes de l'appropriation de la distribution de l'Ivermectine. Les stratégies que les PSPL mettent en œuvre pour réduire les écarts rencontrés sur le terrain visent non seulement à atteindre les objectifs institutionnels, mais aussi à satisfaire les intérêts des ASC.

Sur le plan scientifique, il est important que les chercheurs dépassent les orientations biomédicales et positivistes qui prévalent en santé publique et intègrent les perspectives constructivistes et globales de santé dans l'élaboration et la planification des dispositifs de santé communautaire. Cette démarche permettra de prendre en compte les particularités des contextes de leur mise en œuvre, entre autres : les compétences pragmatiques, les intérêts et motivations des acteurs, savoirs expérientiels, etc.

Tout cela revient à donner véritablement la parole aux acteurs de terrain dans la conception des dispositifs d'intervention, ainsi que dans la prise de décision relative à leur mise en œuvre. Dans cette optique, l'intégration des approches socio-

anthropologiques, aussi bien dans les curricula de formation initiales que dans les modules de formation continue en santé communautaire pourraient rendre les PSPL aptes à dialoguer avec les autorités suscitées, ainsi que les chercheurs qui souhaitent véritablement améliorer la gestion des problèmes de santé par les populations elles-mêmes (Ayangma et Eloundou, 2019).

## Références

- Ayangma, S. et Eloundou, G., 2019, « Lutte contre l'onchocercose comme programme de santé décentralisé : un cas d'étude de la participation communautaire dans le district de santé de Monatéle », *Revue africaniste Interdisciplinaire*, Vol.3, (Mars 2019), pp.79-98.
- Bierschenk, T., Sardan, O., et Chauveau, J.P., 2000, « Les courtiers entre développement et État », in *Courtiers en développement. Les villages africains en quête des projets*, Paris, Karthala, pp. 5-42.
- Blundo, G., 1994, « Le conflit dans l'« entente ». Coopération et compétition dans les associations paysannes du bassin arachidier sénégalais », in Jacob, J.-P. et Lavigne Delville, P., *Les associations paysannes en Afrique. Organisation et dynamiques*, Paris, Karthala, pp. 99-120.
- \_\_\_\_\_, 1995, « Les courtiers du développement en milieu rural sénégalais », *Cahiers d'études africaines*, Vol.35, N°137, pp.73-99.
- Bourdieu P., 1980, « Le capital social. Notes provisoires », *Actes de la recherche en sciences sociales*, N°31, pp.2-3.
- Dahl, K., Larivière, N., et Corbière, M., 2014, « L'étude de cas : Illustration d'une étude de cas multiples visant à mieux comprendre la participation au travail de personnes présentant un trouble de la personnalité limite », in M. Corbière, & N. Larivière, *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 73-96.
- De Sardan, O. J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en Socio-anthropologie du changement social*. Marseille, Paris, APAD-Karthala.
- \_\_\_\_\_, 2001, « Les trois approches en anthropologie du développement », *Revue Tiers-Monde*, tome 42, N°168, pp. 729-754.
- Dissak-Delon, F., N., et al., 2019, « Barriers to the National Onchocerciasis Control Programme at operational level in Cameroon: a qualitative assessment of stakeholders' views », *Parasites & Vectors*, Vol. 12, N°246.
- Eloundou, G. C., 2012, « Intention de prise du Mectizan en lutte contre l'onchocercose par le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires chez les populations éligibles du District de santé de Monatéle », Mémoire de Master en Santé publique : santé communautaire, Yaoundé, ESS/UCAC.
- \_\_\_\_\_, « Conditions d'implication des savoirs technicoscientifiques en santé communautaire : Enchevêtrement des logiques d'acteurs autour du Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires en lutte contre



- l'onchocercose dans le District de santé de Monatéle (Région du Centre-Cameroun) », Thèse de doctorat/Ph.D., Université Protestante de Kimpese, Département de Développement International, République Démocratique du Congo.
- Emukah, E., C., *et al.*, 2008, “Factors affecting the attrition of community-directed distributors of Ivermectin, in an onchocerciasis-control programme in the Imo and Abia states of south-eastern Nigeria”, *Annals of Tropical Medicine & Parasitologie*,. Vol.102, N°1, pp. 45-51.
- Gallagher, F., 2014, « La recherche descriptive interprétative : description des besoins psychosociaux de femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein », in M. Corbière, & N. Larivière, *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixte dans la recherche en sciences humaines, sociales et de santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp. 5-27.
- Hirschmann A., 1977, *The passions and the Interests. Political Arguments for Capitalism before Its Triumph*, Princeton, Princeton University Press.
- Kamga, G., *et al.*, 2018, “Audit of the community-directed treatment with ivermectin (CDTI) for onchocerciasis and factors associated with adherence in three regions of Cameroon”, *Parasites & Vectors*, Vol. 11,N°356.
- Katarwa, M., N., *et al.*, 2010, “Traditional kinship system enhanced classic community-directed treatment with Ivermectin (CDTI) for onchocerciasis control in Uganda”, *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, Vol. 104, N°4, (Avril 2010), pp.265-272.
- Katarwa, M., N. et Richards, F. O., 2001, “Community-directed health (CDH) workers enhance the performance and sustainability of CDH programmes: experience from Ivermectin distribution in Uganda”, *Annals of Tropical Medicine & Parasitologie*, Vol.95,N°3, pp.275-286.
- Katarwa, M., N., Habomugisha, P., et Richards, F., O., 2002, “Implementing community-directed treatment with ivermectin for the control of onchocerciasis in Uganda (1997-2000): an evaluation”, *Ann Trop Med Parasitol*, Vol. 96, N°1, (Janvier 2002), pp.61-73.
- Katambo, K., 2009, « L'influence des dimensions des soins de santé primaires (SSP) sur les résultats des programmes de santé : cas de la participation habilitante ou empowerment », Thèse de doctorat (PhD) en Santé Communautaire, Québec, Université de Laval.
- Kondji, K. D., 2005, *Politique et système de santé- Évolution historique au Cameroun : de la conceptualisation à l'opérationnalisation*, MTC-HEALTH Production.
- Mayntz, R., Scharpf, F., 2001, « L'institutionnalisme centré sur les acteurs », *Politix, Analyses politiques allemandes*, Vol.14, N°55, pp. 95-123.
- Rezakhani Moghaddam, H., *et al.*, 2019, “Why People Choose to Volunteer? Women Health Volunteers' Activities, Reasons for Joining and Leaving”, *Journal of caring sciences*, Vol. 8, N°4, pp.241–247.

- Ridde, V., & Sardan J.-P. O, 2017, « La mise en œuvre des interventions de santé publique en Afrique : un thème stratégique négligé », *Medecine et Santé Tropicales*, Vol.27, pp.6-9.
- Turner, V., 1957, *Schism and continuity in an African society*, Manchester, Manchester University Press.
- York, K., J., et al., 2015, “Factors affecting community participation in the CDTI program in Morogoro, Tanzania”, *J Nurs Scholarsh*, Vol. 47, N°1, (Janvier 2007), pp.96-104.
- Zambou, V., Tamo, V. C., et Nouboulem, T., 2015, “Contribution and performance of female Community-Directed Distributors in the treatment of onchocerciasis with Ivermectin in Sub-Saharan Africa: a systematic review”, *The Pan African Medical Journal*, Vol. 20, N°1 188.