



Histoire et Analyses des Relations Internationales et Stratégiques

Revue de l'Association des Spécialistes des Relations Internationales et des Etudes Stratégiques Africaines (ASRIESA)



Editée par le Laboratoire d'Histoire des Relations Internationales, des Études Stratégiques et Politiques (LAHRIESPO)

Université Alassane OUATTARA

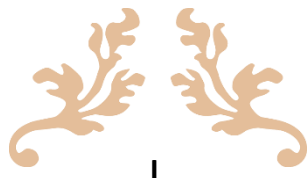
ISSN: 2709-5053

Histoire et Analyses des Relations
Internationales et Stratégiques
(HARIS)

N°016 Mars 2025

Revue de l'Association des Spécialistes des Relations
Internationales et des Études Stratégiques Africaines (ASRIESA)

ISSN: 2709-5053



Indexations internationales



<https://reseau-mirabel.info/revue/19498/Haris>

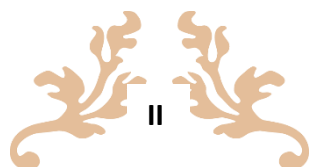


TOGETHER WE REACH THE GOAL

<https://sjifactor.com/passport.php?id=23388>

auréHAL
accès aux données
de référence de HAL

<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/224412>



Administration de la Revue

Directeur Scientifique :

Professeur M'BRA EKANZA
Simon-Pierre (Professeur
Emérite du CAMES,
Université Félix Houphouët-
Boigny)

Directeur de Publication :

CAMARA Moritié (Professeur
Titulaire d'Histoire des
Relations Internationales,
Université Alassane Ouattara,
Côte d'Ivoire)

Directeur de Rédaction :

KOUAKOU N'DRI Laurent
(Maître de Conférences
d'Histoire des Relations
Internationales, Université
Alassane Ouattara, Côte
d'Ivoire)

Coordonnateur de

Publication : SILUE Nahoua
Karim (Maitre-assistant
d'Histoire des Relations
Internationales, Université
Alassane Ouattara, Côte
d'Ivoire)

Trésorière : YAO Elisabeth
(Maître-assistante en Histoire
économique, Université
Alassane Ouattara, Côte
d'Ivoire)

Chargés de diffusion : KEWO

Zana (Maitre-Assistant
d'Histoire des Relations
Internationales, Université
Péleforo Gon Coulibaly, Côte
d'Ivoire),

KPALE Boris Claver (Maitre-
Assistant d'Histoire des
Relations Internationales,
Université Alassane Ouattara,
Côte d'Ivoire)

Webmaster :

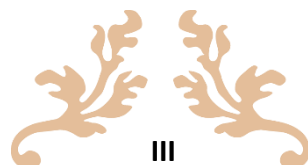
Kouakou
Kouadio Sanguen (Assistant
Département de
Mathématique et
Informatique, Université
Alassane OUATTARA)

Éditeur :

Laboratoire
d'Histoire des Relations
Internationales, des Études
Stratégiques et Politiques
(LAHRIESPO), Université
Alassane OUATTARA)

Website : <http://www.revue-haris.org>

Courriels : cerriua01@gmail.com / asriesa2012@gmail.com



Comité Scientifique

-M'BRA EKANZA Simon-Pierre, Professeur Titulaire d'Histoire, Professeur Emérites du Cames (Université Félix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire)

-KOULIBALY Mamadou, Professeur agrégé d'Economie, (Université Félix Houphouët-Boigny - Côte d'Ivoire)

-Abdoulaye BATHILY, Professeur Titulaire d'Histoire (Université Cheick Anta Diop-Sénégal)

-Jean-Noël LOUCOU, Professeur d'Histoire Contemporaine (Université Félix Houphouët-Boigny Côte d'Ivoire)

-KOUI Théophile, Professeur Titulaire Etudes Ibériques et Civilisations Latino-Américaines (Université Félix Houphouët-Boigny Côte d'Ivoire)

-Francis AKINDES, Professeur Titulaire de Sociologie (Université Alassane Ouattara - Côte d'Ivoire)

-ALLADAYE Comlan Jérôme, Professeur Titulaire d'Histoire (Université d'Abomey-Calavi - Benin)

-SAADAOUI Ibrahim Muhammed, Professeur d'Histoire Moderne et Contemporaine, Université de Tunisie. President de la Tunisian World Center for Studies, Research, and Development et de la Tunisian-Mediterranean Association for Historical, Social and Economic Studies -Tunisie)

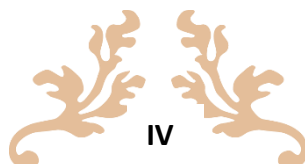
-Ousseynou Faye, Professeur Titulaire d'Histoire (Université Cheick Anta Diop-Sénégal)

-Samba Diakité, Professeur Titulaire de Philosophie (Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire)

-Esambu Matenda -A- Baluba Jean - Bosco Germain, Professeur en Relations Internationales. (Université de Lubumbashi-République Démocratique du Congo)

-ASSI-KHAUJIS Joseph Pierre, Professeur Titulaire de Géographie (Université Alassane Ouattara - Côte d'Ivoire)

-GBODJE Sékré Alphonse, Professeur Titulaire d'Histoire Politique (Université Alassane Ouattara - Côte d'Ivoire)



Comité de Lecture

-BATCHANA Esohanam, Professeur Titulaire d'Histoire contemporaine (Université de Lomé - Togo)

-AKROBOU Agba Ezéquier, Professeur Titulaire d'Etudes Ibériques et Civilisations Latino-Américaines (Université Félix Houphouët-Boigny-Côte d'Ivoire)

-CAMARA Moritié, Professeur Titulaire d'Histoire des Relations Internationales. (Université Alassane Ouattara- Côte d'Ivoire)

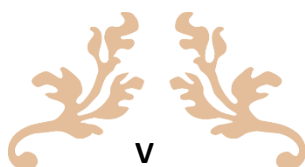
-GUESSAN Benoit, Professeur Titulaire d'Histoire des Relations Internationales (Université Félix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire)

-N'Guessan Mohamed, Professeur Titulaire d'Histoire Politique (Université Félix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire)

-Ernest YAOBI, Maître de Conférences d'Histoire des Religions (Université Félix Houphouët-Boigny-Côte d'Ivoire)

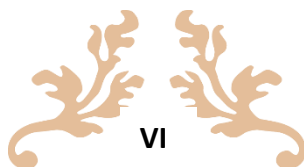
-GOLE Antoine, Professeur Titulaire d'Histoire économique (Université Alassane OUATTARA- Côte d'Ivoire)

-BAMBA Abdoulaye, Maître de Conférences d'Histoire des Relations Internationales (Université Félix Houphouët-Boigny -Côte d'Ivoire)



Adresse aux auteurs

La Revue HARIS paraît 4 fois dans l'Année : Mars, Juin, Septembre et Décembre. Les publications de Juin, Septembre et de Décembre sont libres en termes de thématiques des articles et autres contributions et celle de Mars portera à chaque fois sur un thème précis qui est communiqué six mois à l'avance. La revue ne publie que des contributions inédites et de fonds sur tous les champs de recherches des Relations Internationales et des Études stratégiques. La doxa de la revue porte sur la vision africaine des Relations Internationales mais reste ouverte à toutes les visions et points de vue venant de tous les continents. Les normes de présentation des manuscrits sont celles du CAMES (à consulter sur le site de la revue <http://www.revue-haris.org>). Le manuscrit doit comprendre entre 5000 et 8000 mots et porter les noms et prénoms du ou des auteurs, le nom de l'Institution de rattachement, le mail, et une photo format identité du ou des auteurs.



Sommaire

Mahamoudou OUBDA

Analyse des relations franco-africaines telles que perçues par Nobert Zongo à travers le feuilleton de folembroy.....9-23

Aristide EDZEGUE MENDAME

La Diplomatie Numérique, nouvel enjeu des relations internationales...24-36

Éric Inespéré KOFFI

Mondialisation Américaine et crise Africaine de la Démocratie.....37-50

Issaka K. SOUARÉ, PhD

Les relations bilatérales entre la Guinée et la France,1958-2024 : Les dynamiques d'un rapport complexe.....51-67

Aurelia Kihla BAMWAI (PhD)

Traditional classes of Sheey title holders in the Nso Fondom and their impact in post-colonial cameroonian society.....68-85

Aïcha PEMBOURA

Relations civilo-militaires et formation d'institutions démocratiques durables en Afrique : Une réflexion axée sur les pays du Sahel.....86-101

KACELLA Titus

Les Secrétaires Généraux de l'Assemblée Nationale dans la diplomatie parlementaire au Cameroun : Cas de Samuel Efoua MBOZO'O et Victor Yene OSSOMBA.....102-116

Ezéchiél SAWADOGO & Salif KIENDREBEOGO

La coopération bilatérale, moteur de développement du football au Burkina Faso (1970-2017).....117-132

ATSE Jeofroid

La Côte d'Ivoire dans le conflit angolais de 1975 À 2002.....133-148

Kouakou Roméo Yannick DAPA

Cerveau-esprit et réseaux sociaux : Une lecture neuropsychologique des enjeux des nouvelles modifications des algorithmes149-162

Abou DAPPAH

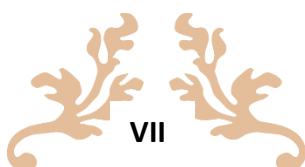
L'intérêt national dans la politique étrangère du Ghana : Un déterminant diversement apprécié sous Nkrumah et Rawlings.....163-178

Dr Hasan Yavuz & Dr DOUMBIA Ali & Dr DIAKITE Brahim

Le Parti de la Justice et du Développement (AKP) : Vecteur du dynamisme de la Turquie et de son influence en Afrique Subsaharienne (1998-2017).....179-196

Arnaud Noel VOULA EMVOUTOU

Les cercles concentriques des turbulences de la géopolitique d'Israël en Afrique : Grammaire d'une théorie de l'incertitude complexe.....197-213



Cyrille Aymard BEKONO

Libre circulation des personnes et intégration sous-régionale en Afrique Centrale : Le cas des universitaires (de l'UDEAC à la CEMAC).....214-228

MOKAM David

Les accords de Londres du 20 Juillet 1922 et le mandat de la Société des Nations (SDN) sur le Cameroun et le Togo sous administration française.....229-241

DIBY Kouadio Jean

La chute du Chancelier Otto Von Bismarck et l'exacerbation des rivalités politiques en Europe (1890-1914).....242-254

Donatien SOKOU

Recrudescence des accidents de circulation au Bénin : Eléments d'analyse pour une sociologie des déviances.....255-268

Guy Christophe ELOUNDOU ONGUENE

Injonction paradoxale schizophrénique en santé communautaire dans un territoire subsaharien : Théorie d'une double contrainte dans les pratiques biomédicales.....269-284

Lamine MANSARÉ & Sidiki KOUROUMA

Mares et communauté maninkas de Baro et de Huré -Kaba en Guinée.....285-297

Ilyass SINA DOUNHOUIROU

Le phénomène talibé à Djougou: Une tendance en pleine expansion..298-310

KOFFI N'GBOTTI RICHARD

Le Chemin de Fer dans les mutations socio-économiques du Moronou Ouest (1908-1945).....311-324





INJONCTION PARADOXALE SCHIZOPHRENIQUE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS UN TERRITOIRE SUBSAHARIEN : THEORIE D'UNE DOUBLE CONTRAINTE DANS LES PRATIQUES BIOMEDICALES

Guy Christophe ELOUNDOU ONGUENE

Université de Douala/Institut Supérieur des Professions de la Santé
/Email : elounchris@gmail.com

Résumé

L'injonction paradoxale en santé communautaire traduit une situation schizophrénique vécue par des professionnels de santé de première ligne dans leurs pratiques biomédicales en communauté. Officiellement, ces professionnels sont des porte-paroles des savoirs et des « bonnes pratiques » institutionnels auprès des « bénéficiaires ». Mais, la réalité du terrain les oblige plutôt à adapter ces savoirs et pratiques conventionnels aux particularités des contextes. Peu d'écrits mettent en lumière ce double rôle aux interfaces de la première ligne de soins. En s'appuyant sur la théorie de la double contrainte, l'objectif est de rendre intelligible une situation inconfortable, constamment vécue par des porteurs sociaux de savoirs « technicoscientifiques » aux interfaces. Cette situation conduit inévitablement à un enchevêtrement de pratiques formelles et informelles, qui en appellent à une réflexion sur la nécessité d'une « vraie compétence technique » en première ligne de soins.

Mots clés : Schizophrénie, savoirs, professionnels, médiation, compétence

Abstract

The paradoxical injunction in community health reflects a schizophrenic situation experienced by frontline health professionals in their biomedical practices in the community. Officially, these professionals are spokespersons for institutional knowledge and “best practices” with “beneficiaries”. However, the reality on the ground forces them to adapt this conventional knowledge and practices to the specificities of the contexts. Little research highlights this dual role at the interfaces of the frontline of care. By relying on the theory of the double bind, the objective is to make intelligible an uncomfortable situation, constantly experienced by social bearers of “technico-scientific” knowledge at the interfaces. This situation inevitably leads to an entanglement of formal and informal practices, which calls for reflection on the need for “real technical competence” in the frontline of care.

Key words : Schizophrenia, knowledge, professionals, mediation, competence

INTRODUCTION

Dans les pays d'Afrique subsaharienne, le point de départ des services de santé communautaire (SC), c'est l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ou un organisme de développement international dans le cadre de la coopération avec un pays « développé » (E. Conill et M. O'Neill, 1984). Ces services sont dispensés selon une approche préventive sélective, ciblée, globale et par pathologie. Une prévention est sélective et ciblée lorsqu'elle concerne des sous-groupes bien identifiés de la population en proie à des facteurs de risque spécifiques (R. Gordon, 1983).

Les actions de préventives globales se font par les risques sanitaires, dans une logique d'éducation pour la santé, et elles s'appuient sur la connaissance et la proximité du terrain et des populations (R. Gordon, 1983). La prévention globale implique donc la participation active de la personne ou du groupe ciblé dans la gestion responsabilisée de son capital santé, et cela dans tous les aspects de la vie (R. Gordon, 1983). La participation de la communauté peut revêtir la forme de comités locaux de santé ou consister à former, et parfois même embaucher, des membres de la communauté afin qu'ils participent à la dispensation des soins (E. Conill et M. O'Neill, 1984).

Si les pratiques de SC se veulent globales, on note cependant une persistance du modèle biomédical dans celles-ci. Les pratiques biomédicales s'appuient généralement sur une conception binaire de la santé par rapport à la maladie. Elles sont mises en œuvre, sous l'égide des instances sanitaires internationales et nationales, par des professionnels de santé de première ligne (PSPL). Les « bénéficiaires » de ces pratiques, en proie à toute sorte de facteurs de risque, ne sont tenus qu'à se soumettre aux mesures sanitaires édictées.

Leur participation à celles-ci s'exprime sous la forme d'une contribution ou d'une organisation, en vue d'augmenter la couverture sanitaire (G.C. Eloundou, 2024).

Le rôle qui est assigné aux PSPL par les instances sanitaires nationales et internationales est donc celui de porte-parole des savoirs technicoscientifiques officiels. Ce rôle est généralement légitimé par une compétence technique qu'ils sont censés détenir.

Cependant, ils ne sont jamais ou presque pas impliqués dans l'élaboration de ces savoirs standardisés, uniformisés et formalisés. Face aux populations dans leur milieu, lorsque les PSPL doivent diffuser ces savoirs et mettre en œuvre les techniques et les modes d'organisation y afférents, ils se heurtent à des situations complexes et contingentes (G. C. Eloundou, 2021). Celles-ci affectent le devenir des pratiques biomédicales sur le terrain.

En revanche, l'obligation de résultats amène donc les PSPL à s'improviser, à mettre à contribution des compétences pragmatiques pour tenter de marier les savoirs « conventionnels » des dispositifs de SC à la réalité du terrain, aux savoirs expérimentiels.

Les PSPL sont donc constamment confrontés à des situations de double contrainte (DCo), dans lesquelles ils doivent jouer le rôle de porte-parole des savoirs officiels d'un côté et subir la résistance du terrain, d'un autre côté. Il s'agit là d'une injonction paradoxale (G. Bateson, 1980). Comment comprendre cette injonction contradictoire ? Quelles en sont les logiques d'opération chez les PSPL ?

Les écrits normatifs au sujet des PSPL ne se consacrent qu'à décrire leur « mission » ou à vanter les méthodes d'animation, ainsi que les idéologies des institutions qui les emploient (O. De Sardan, 1995).

Mais, les pratiques réelles des PSPL, leurs difficultés réelles, leur insertion réelle dans le milieu rural ont fait l'objet de peu d'études. Les PSPL, en effet, ne sont pas que de simples « courroie de transmission ».

L'objectif de cet article est de rendre intelligible cette injonction paradoxale, voire ce malaise vécu par des « porteurs sociaux » des savoirs « technicoscientifiques » que sont les PSPL.

Le cas d'étude portera sur le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC), un dispositif de lutte contre l'onchocercose mené dans 19 pays d'Afrique Subsaharienne. Ce dispositif de SC met aux prises les PSPL, les populations éligibles et leurs représentants que sont les agents de santé communautaire polyvalents (ASCp). Les analyses vont s'appuyer sur la théorie de la DCo (G. Bateson, 1977), qui opère en socio-anthropologie du changement social et du développement (O. De Sardan, 1995).

Les informations produites s'appuient sur des données recueillies à partir d'une étude qualitative de type descriptif et interprétatif (F. Gallagher, 2014), s'appuyant sur une revue documentaire et sur des entretiens individuels approfondis.

Ces entretiens ont été menés en 2018 auprès de quatre PSPL, sept ASCp et 50 bénéficiaires dans le District de santé de Monatélé (DSM), une zone endémique d'onchocercose de la Région du Centre au Cameroun. L'intérêt est d'éclairer autrement la SC et de souligner la nécessité d'une « vraie compétence technique » des PSPL. Après avoir présenté la théorie de la DCo, ceux qui en sont les prescripteurs : les instances sanitaires nationales et internationales ; et ceux qui en sont les « victimes » : les PSPL seront mis en lumière.

Ensuite, il sera question de montrer de quelle manière les premiers entretiennent la DCo, ainsi que le rôle de porte-parole qu'ils assignent aux seconds. D'un autre côté, nous présenterons les situations-problèmes qui nécessitent des adaptations, mais aussi la manière avec laquelle les PSPL se débrouillent pour y arriver.

1.LA THÉORIE DE LA DOUBLE CONTRAINTE DANS L'ANALYSE DE L'INJONCTION PARADOXALE OU CONTRADICTOIRE

L'injonction contradictoire ou paradoxale s'observe dans une situation de double contrainte (DCo) (G. Bateson, 1980). Cette situation et les conditions qui la rendent possible pourraient être décrites à partir de l'observation du comportement des schizophrènes et de la théorie des types logiques de B. Russell (1908) appliquée au concept d'apprentissage (G. Bateson, 1977).

La schizophrénie est une psychose caractérisée par une dissociation des différentes fonctions psychiques et mentales, accompagnée d'une perte de contact avec la réalité et d'un repli sur soi (P. Robert, 2001, p. 1079). Elle affecte la capacité à réfléchir, à ressentir et à se comporter de manière claire. Appliquée au concept d'apprentissage, la théorie des types logiques de B. Russell (1908) s'appuie sur l'hypothèse selon laquelle « il existe une discontinuité entre la classe et ses membres : la classe ne peut pas être membre d'elle-même, pas plus qu'un de ses membres ne peut être la classe, et ce parce que le terme utilisé pour la classe appartient à un autre type logique » (G. Bateson, 1977, p.105).

Cette hypothèse, formulée dans une situation de DCo, est la suivante : « quoique fasse un individu pris dans une situation de DCo, il ne peut être gagnant ; il peut même développer des symptômes de la schizophrénie » (G. Bateson, 1977, p.106).

Dans ce cas, on devrait s'attendre au surgissement des manifestations pathologiques dans l'organisme humain qui, dans leur forme extrême, s'accompagnent de symptômes dont les traits formels amènent à les qualifier de schizophréniques, d'un point de vue pathologique (G. Bateson, 1977, p.106).

Pour qu'il y ait une situation de DCo, il faut qu'il y ait (G. Bateson, 1977, p.108): a) Deux personnes ou plus dont l'une étant « victime » et l'autre impose la DCo ; b) Une expérience de DCo en rapport avec celui qui impose la DCo et qui est répétée dans la vie de la « victime » ; c) Une injonction négative primaire émise par la personne qui impose la DCo, par exemple « si tu ne fais pas ça, tu auras des soucis ! » ; d) Une injonction secondaire, qui contredit la première à un niveau plus abstrait et qui est transmise à la « victime » par des moyens non verbaux¹, par exemple "si je le fais, ça ne va pas aller, et si je ne le fais pas, ça ne va pas aller". ; e) Une injonction négative tertiaire, qui interdit à la « victime » d'échapper à la situation.

Dans ce dernier cas, il peut s'agir par exemple d'un type de relation qui fait en sorte que si la « victime » fuit la situation de DCo, ça ne va non plus aller pour elle. Devant une situation de DCo, les « victimes » verront donc s'effondrer leur capacité de distinguer les types logiques. En situation de double contrainte, un PSPL va se comporter comme un schizophrène.

2.DES PRESCRIPTEURS DE LA DOUBLE CONTRAINTE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE : FORTE PRÉGNANCE DES INSTANCES SANITAIRES INTERNATIONALES DANS LA PRODUCTION ET LA DIFFUSION DES SAVOIRS CONVENTIONNELS

Dans un dispositif de santé communautaire (SC), les savoirs technicoscientifiques (STS) font référence à des connaissances scientifiques, des techniques et des modes d'organisation au niveau communautaire. Ces STS sont en général introduits de l'extérieur par les instances sanitaires internationales et transmises par des instances nationales qui ne les utilisent pas forcément elles-mêmes. De plus, ces savoirs ne subissent pas de rétroaction sur le terrain (O. De Sardan, 1995, p. 147).

La diffusion des STS en Afrique subsaharienne doit généralement satisfaire à plusieurs exigences, entre autres celles de (O. De Sardan, 1995, p. 130) : cohérence interne du modèle technique ; congruence avec les politiques sanitaires ; conformité avec les normes des bailleurs de fonds. La lutte contre l'onchocercose n'échappe pas à ces considérations.

2.1. Des instances sanitaires internationales comme productrices des savoirs scientifiques sur l'onchocercose et le Mectizan

En 1938, le Français Pierre Richet a été le premier à porter le diagnostic sur l'étendue des dégâts opérés par l'onchocercose ou cécité des rivières. Depuis lors, cette maladie tropicale négligée est entrée dans l'orbite de la médecine scientifique.

L'onchocercose est présentée comme étant une filariose cutanéomuqueuse

implications cachées dans les commentaires verbaux.

¹ Il s'agit par exemple des attitudes, des gestes, le ton de la voix, des actions significatives, des

causée par les filaires *Onchocerca volvulus* transmises par les simulies du genre *Simulium damnosum*. Elle affecte les yeux, pouvant aller jusqu'à la cécité. Elle affecte aussi la peau, à travers des démangeaisons, des peaux de lézard et de léopard.

Le laboratoire Merck et Co, situé aux Etats-Unis d'Amérique, a été à l'origine de la découverte de l'Ivermectine ou Mectizan. En 1987, ce laboratoire a annoncé officiellement la décision prise de distribuer gratuitement le Mectizan pour traiter l'onchocercose dans les zones hyper et mésoendémiques du monde entier, et aussi longtemps qu'il y aura besoin chez les personnes atteintes, ou celles à risque d'infection onchocercienne.

Le Mectizan est présenté comme un médicament qui réduit la transmission de l'onchocercose en arrêtant pendant quelques mois après le traitement, la reproduction des microfilaries par les vers femelles adultes. Le médicament soulage les démangeaisons intenses au niveau de la peau (M. Pacqué et *al.*, 1990) et stoppe la progression vers la cécité (D. Mabey et al, 1996).

Depuis qu'il a vu le jour en 1988, le Programme de Donation du Mectizan (MDP) détient le monopole de la distribution gratuite du Mectizan par la société Merck et Co, dans des zones endémiques d'Afrique Subsaharienne. Si la santé, entendue dans une conception large, reste un domaine privilégié d'intervention de l'État, il n'en reste pas moins vrai qu'elle est aussi une marchandise qui sert à faire des profits à travers par exemple l'industrie pharmaceutique (P. Batifoulie et N. Da Silva, 2022).

2.2. De la forte prégnance des acteurs internationaux dans la diffusion du Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires

Le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) est la principale stratégie de lutte contre l'onchocercose dans 19 pays d'Afrique Subsaharienne, couverts par le Programme Africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) : l'Angola, le Burundi, le Cameroun, le Congo, la Guinée équatoriale, l'Ethiopie, le Gabon, le Kenya, le Libéria, le Malawi, le Mozambique, le Nigeria, l'Ouganda, la République Centrafricaine, la République Démocratique du Congo, le Rwanda, le Soudan, la Tanzanie et le Tchad (J. Hougard et M. Boussinesq, 1999).

Le TIDC repose sur le principe d'une participation communautaire active et structurelle (W. R. Brieger, 2000 ; J. H. Remme, 2004), conforme aux définitions et aux objectifs de la fourniture des soins de santé primaires pour un développement durable (R. Korte et *al.*, 1992; U. V. Amazigo et *al.*, 2007). Le modèle technique du TIDC est diffusé par l'organisme Hellen Keller International (HKI).

Cet organisme collabore avec des gouvernements, des universités, des Organisations Non Gouvernementales de Développement (ONGD) nationales, des agences bilatérales telles que l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International et l'Agence Canadienne de Développement International, et les agences de l'Organisation des Nations Unies telles que l'Organisation Mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour le l'Enfance et l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture.

HKI collabore avec le Programme Africain de lutte contre l'Onchocercose pour former les ministères de santé et les ONGD nationales et pour renforcer

les capacités des communautés à distribuer efficacement le Mectizan aux populations à risque. HKI appuie techniquement les gouvernements, les communautés et d'autres partenaires en matière de plaider à tous les niveaux, avec emphase sur les stratégies d'Information Éducation Communautaire, les matériels, méthodologies de formation, le suivi et la supervision, l'évaluation, l'intégration dans le système de santé, et l'intégration de la supplémentation en vitamine A dans le TIDC.

En s'appuyant sur la lutte contre l'onchocercose, on constate donc que les instances sanitaires internationales notamment, contrôlent le contexte scientifique de l'action en SC, au Cameroun par exemple. Ils prescrivent et diffusent des normes sanitaires à faire respecter au niveau des pays endémiques, notamment celles qui ont cours en première ligne.

Cela corrobore par exemple l'hypothèse impérialiste sur les origines des approches de la SC aux États-Unis d'Amérique (USA) dans les années 1960. Ces approches se seraient ensuite diffusées partout dans le monde notamment à travers les Nations-Unies et d'autres organismes de développement international (E. Conill et M. O'Neill, 1984).

3. DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE COMME « VICTIMES » DE LA DOUBLE CONTRAINTE : COMPÉTENCES, ORIENTATIONS ET RESSOURCES AUX INTERFACES

Les propositions d'un dispositif de SC transitent par les PSPL. Ce sont les porteurs sociaux des savoirs technoscientifiques produits à l'extérieur (O. De Sardan, 1995, p.86).

Leurs compétences techniques légitiment leur position au niveau périphérique de la pyramide sanitaire et ils sont censés faire montre de valeurs. C'est aussi par eux que transitent les ressources matérielles desdits dispositifs. Dans le même temps, ils disposent de compétences « non officielles », orientent leurs actions en fonction de leurs intérêts personnels et mobilisent d'autres ressources de nature relationnelles.

3.1. Les professionnels de santé de première ligne : Entre compétences techniques et compétences pragmatiques pour des soins de santé intégrés

Les PSPL interviennent à partir des hôpitaux de 6^{ème} catégorie² au niveau des Districts de santé. Ils constituent l'interface incontournable entre les instances sanitaires nationales et internationales et les populations « bénéficiaires ». A ce titre, ils se doivent de dispenser des soins de santé intégrés (SSI). Il s'agit des soins à la fois préventifs, promotionnels, curatifs, réadaptatifs.

Ces soins s'appuient sur la connaissance non seulement du nombre et des caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires, mais aussi sur les interactions entre ces derniers et leur environnement, en considérant leurs entités biologique, psychologique et sociale (D. Kondji, 2005).

Les SSI sont centrés sur la prise en charge du patient, du début jusqu'à la fin de son épisode de maladie. Ils sont basés sur des preuves scientifiques dont la pratique est rendue systématique par des ordinogrammes qui limitent les errements (D. Kondji, 2005).

² Ce sont des structures de santé locale qui constitue le premier point de contact entre la communauté et le service de santé (D. Kondji, 2005).

La mise en œuvre des SSI requiert donc une compétence médico-sanitaire que les PSPL doivent acquérir lors de leur formation initiale. Et c'est cette compétence technique qui légitime leur rôle de superviseur dans les dispositifs de SC comme le TIDC par exemple.

La grande majorité des PSPL interviewés (3/4) était nantie d'un diplôme d'Aide-Soignant tandis que l'un d'entre eux avait un diplôme d'Infirmier Principal. La formation d'Aide-Soignant au Cameroun requiert le niveau de Brevet d'Études du Premier Cycle et celui d'Infirmier Principal, le niveau de Baccalauréat³.

Sous la responsabilité d'un Infirmier principal, l'Aide-Soignant doit être capable de : répondre aux besoins de santé d'un individu, d'un groupe, en prenant en considération leur dimension culturelle et leur personnalité ; dispenser des soins promotionnels, préventifs, curatifs, de réhabilitation, dans la limite de ses compétences, en faisant participer l'individu et le groupe ; participer à l'application de la politique sanitaire et sociale du pays ; respecter les règles d'éthique dans l'exercice de ses activités professionnelles ; améliorer ses compétences professionnelles.

En confrontant la définition des SSI et les compétences techniques attendues des Aides-soignants, pourrait-on conclure que les PSPL interviewés disposent réellement de ces compétences ?

Par ailleurs, les compétences scolaires ne sont pas les seules compétences des PSPL interviewés. Ces derniers ont aussi acquis d'autres compétences « sur le tas », au fil de leurs expériences. Des compétences rhétoriques et relationnelles ont été identifiées chez les PSPL à l'issue des

entretiens (G. C. Eloundou, 2020). Les compétences rhétoriques rendent les PSPL aptes à savoir parler non seulement le langage du TIDC (T. Bierschenk *et al.*, 2000, p.26), mais aussi de traduire ce langage institutionnel en langage local.

Les compétences relationnelles identifiées chez les PSPL font référence à leur capacité de « négociation informelle » avec les Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCp) et les populations pour atteindre leurs objectifs en gérant les situations-problèmes qui se présentent à eux dans le TIDC à Monatéle par exemple (G. C. Eloundou, 2020).

Ces compétences relationnelles sont renforcées chez certains PSPL par leurs positions à la fois de fils et de responsable sanitaire dans les aires de santé qu'ils desservent.

M. Jollivet et H. Mendras (1971) montraient que de tels conflits entre rôle sociaux chez des acteurs insérés dans des structures sociales particulières pouvaient expliquer la forme prise par les changements apportés par divers projets.

On constate donc qu'au niveau des interfaces, les PSPL, principaux utilisateurs des savoirs, techniques et modes d'organisation officiels issus des dispositifs de SC, ont des compétences techniques, mais aussi des compétences pragmatiques qui ne sont généralement pas prises en compte par les instances sanitaires nationales et internationales.

3.2. Des facteurs d'impulsion à l'action des professionnels de première ligne : entre valeurs attendues et intérêts personnels

Les valeurs ou qualités attendues chez les PSPL en SC sont celles d'équité

³ Au Cameroun par exemple, les études et les programmes de formation d'Aide-Soignant sont organisés selon la décision N°0698/D/MINSANTE/SG/DRH du 21 juillet 2010. Les objectifs éducationnels de cette organisation

sont fixés conformément au décret N°2001/145 du 03 juillet 2001 portant statut particulier des fonctionnaires des corps de la santé publique.

et de justice sociale (M. Cargo et S. Mercer, 2008 ; J. Morel, 2007). Les actions qui ont pour objectif la justice sociale, visent à donner à chacun les mêmes chances de réussite. Les instances nationales et internationales exigent des taux de distribution du Mectizan supérieurs à 80% lors des campagnes de distribution.

De plus, il ne doit exister aucune disparité entre les aires de santé. L'équité en matière de santé est réalisée lorsque les différences inutiles, évitables et injustes chez les personnes sont réduites, de manière à permettre à ces dernières, d'atteindre leur plein potentiel de santé. En supervisant la distribution du Mectizan dans différentes aires d'un district de santé endémique d'onchocercose, les PSPL concourent à la réduction des problèmes de vue, de la cécité, des problèmes de peau (peau de lézard, peau de léopard).

D'un autre côté, l'effort d'atteindre les objectifs de distribution que nous venons de mentionner peut aussi être impulsé par des intérêts (A. Hirschmann, 1977) propres aux PSPL. Comme facteurs d'impulsion à l'action chez les PSPL à Monatéle par exemple, nous avons identifié par exemple : le désir de faire « bonne figure » auprès du supérieur hiérarchique, le désir de satisfaire son réseau relationnel, les incitations financières, la crainte des représailles de la part des membres de la communauté (G. C. Eloundou, 2020).

Ainsi, des valeurs et intérêts sont à prendre en compte pour comprendre l'orientation des actions des PSPL dans un dispositif de SC.

3.3. Des ressources matérielles et relationnelles chez des professionnels de première ligne

Dans le cadre du TIDC, les PSPL disposent des ressources matérielles (matériel de communication, fiches/cartes/feuilles de contrôle,

médicaments, etc), propres aux activités y afférentes. D'autres ressources de natures relationnelles sont aussi mobilisées par les PSPL en cas de besoin, notamment leurs contacts stratégiques avec ceux qui contrôlent ou qui disposent des ressources réelles, notamment les réseaux politico-administratifs éventuellement (J. Boissevain, 1974, p. 158). Les réseaux identifiés auxquels ils ont recours sont tout d'abord les responsables hiérarchiques des niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire.

Il peut s'agir par exemple du Chef de District de Santé, du personnel de la Délégation Régionale de Santé Publique ou des services Centraux du Ministère de la Santé Publique (G. C. Eloundou, 2020). Ensuite, les PSPL peuvent faire recours aux autorités administratives pour régler certaines situations-problèmes. Enfin, des médiateurs traditionnels ou confessionnels peuvent être sollicités lorsqu'il s'agit d'assurer le lancement des activités, de transmettre des informations ou de régler certaines situations (G. C. Eloundou, 2020).

4. DES CAMPAGNES DE TRAITEMENT À L'IVERMECTINE SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES RÉPÉTÉES SOUS L'ÉGIDE DES INSTANCES SANITAIRES INTERNATIONALES ET NATIONALES

Depuis près de 35 ans, le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) est mis en œuvre dans les zones endémiques d'Afrique Subsaharienne. Au début, il était prévu d'organiser des campagnes annuelles de distribution du Mectizan pendant 14 années d'affilées, correspondant à la durée de vie d'un filaire à l'origine de l'onchocercose. Au niveau du DSM où le TIDC est déployé depuis environ 30 ans, les données de synthèse de la distribution du Mectizan, ainsi que des

études scientifiques attestaient que ce médicament est largement accepté et distribué aux populations recensées chaque année⁴.

Cependant, au Cameroun, l'élimination de cette Maladie Tropicale Négligée tarde encore à se faire ressentir, la maladie regagnant parfois certaines zones endémiques. En effet, sur la base des résultats d'enquêtes parasitocliniques dans des zones accueillant le TIDC (G. R. Kamga *et al.*, 2018), l'éradication de l'onchocercose a été repoussée de 2015 jusqu'en 2025 (G. C. Eloundou, 2020).

En outre, l'appropriation communautaire du TIDC après 20 ans de mise en œuvre de la stratégie de TIDC était mitigée (F. Dissak-Delon *et al.*, 2019). Toutes ces situations ont concouru à légitimer des campagnes annuelles à répétition dans les zones endémiques.

Au niveau du DSM, les PSPL interviewés ont occupé la fonction de Chef de Centre de Santé Intégré (CSI) depuis 2001, 2014 et 2016 respectivement. Ils avaient donc une expérience certaine des campagnes annuelles du TIDC dans le DSM.

Deux d'entre eux avaient d'ailleurs été Agent de Santé Communautaire Polyvalent (ASCp), avant d'assurer la fonction de responsable d'un CSI. Dans ce dernier cas, il faut dire que la désignation d'un personnel de santé comme ASCp par le responsable d'un CSI était aussi l'un des modes informels d'accession au rôle d'ASCp, au-delà de l'exigence de sélection officielle lors des élections (G. C. Eloundou, 2021).

5.DE LA TRANSMISSION DES SAVOIRS TECHNICOSCIENTIFIQUES DU TRAITEMENT À L'IVERMECTINE SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

L'analyse de la transmission des savoirs technicoscientifiques du TIDC montre que leur élaboration prend faiblement en compte les savoirs expérimentiels des professionnels de santé de première ligne (PSPL). Cependant, ces derniers sont formés à transmettre ces savoirs conventionnels selon des techniques de communication dont les fondements ne permettent pas l'articulation des pratiques aux particularités des contextes d'implémentation du TIDC.

5.1. De la faible prise en compte des savoirs expérimentiels dans l'élaboration des guides sur le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires

Nous avons dit que l'élaboration des manuels du TIDC au Cameroun était assurée conjointement par les institutions internationales et nationales de lutte contre l'onchocercose. Les PSPL interviewés confiaient qu'ils été impliqués dans des études scientifiques dans leurs aires de santé.

Leur rôle dans ces études consistait surtout à favoriser, par l'entremise des Agents de Santé Communautaire Polyvalents (ASCp), la localisation des villages les plus endémiques ou des domiciles qui abritaient par exemple des cas d'éléphantiasis, de cécité, de peau de lézard.

⁴ Les fiches de synthèse des données de distribution de l'Ivermectine montrent des proportions

généralement supérieures à 65%, témoignant ainsi de l'atteinte des objectifs de distribution.

Des questions portant sur ces affections y étaient posées aux concernés, des photos y étaient prises par les chercheurs. Parfois, d'autres chercheurs s'arrêtaient au niveau des Centres de Santé pour exploiter les registres de consultations médicales relatives à l'onchocercose. Les PSPL déploraient le fait que ces recherches n'ont jamais abouti à une réelle prise en compte de leurs préoccupations de terrain, que ce soit dans la sélection des modèles techniques des projets, que ce soit dans l'élaboration des messages techniques.

5.2. Du rôle de porte-parole assigné aux professionnels de santé de première ligne : contenu de la formation et méthodes d'enseignement

Officiellement, le rôle assigné aux PSPL par les instances sanitaires nationales et internationales du TIDC, est celui de porte-parole des messages techniques et « bonnes pratiques » auprès des populations éligibles. La compétence technique que les PSPL ont reçue dans le cadre de leur formation initiale légitime ce rôle de porte-parole. Les compétences identifiées étaient celles d'Aide-Soignant ou d'Infirmier Principal, et qui relève du champ du savoir médico-Sanitaire.

Dans le TIDC, les PSPL doivent faire la supervision des activités du TIDC que sont: la prise de décision sur la distribution de l'Ivermectine en leur sein, sur la date de cette distribution, sur la manière dont elle doit être faite ; le choix des ASCp, et l'organisation de leur rémunération dans un contexte culturel ; la mise en œuvre du recensement par les ASCp ; l'approvisionnement en médicaments ; la mobilisation des membres pendant la distribution des médicaments ; et l'enregistrement des traitements administrés, et de la couverture obtenue (U. V. Amazigo et *al.* 2002).

Les PSPL étaient formés et supervisés par le personnel du niveau intermédiaire régional ou du district qui lui-même était formé et supervisé par celui du niveau central. Les formateurs enseignaient aux PSPL les messages techniques à diffuser, les « bonnes pratiques » et diverses figures de pédagogues à jouer pour y parvenir.

Les messages techniques portaient sur les points suivants : l'onchocercose ; l'importance du Mectizan ; les groupes cibles de la distribution de ce médicament ; les dosages recommandés ; l'importance de la distribution annuelle ; l'importance du traitement de longue durée (15 ans) ; l'Effet Secondaire Grave dans des secteurs endémiques à la loase.

Les « bonnes pratiques » en matière de TIDC portaient sur les points suivants : l'identification du matériel de distribution du TIDC ; la sécurité et l'efficacité du Mectizan ; l'adoption de la stratégie de distribution la plus adaptée à sa localité ; comment remplir les fiches/cartes/feuilles de contrôle ; le stockage et la manipulation du Mectizan ; la gestion des réactions (mineur et grave), sur la sensibilisation efficace et la mobilisation sociale ; la sensibilisation de la communauté sur les raisons principales de la distribution du Mectizan, le calcul des besoins en comprimés du Mectizan.

Concernant les diverses figures de pédagogues, on leur enseignait la communication pour le changement de comportement (CCC), ainsi que l'éducation des adultes. Concernant l'éducation des adultes, les jeux de rôles, des études de cas, des brainstormings, des travaux de groupe, des discussions en plénière et des exposés étaient aussi enseignés. On constate donc que des efforts étaient faits pour tenir compte, lors des formations sur le TIDC, des dimensions comportementales de l'existence des populations bénéficiaires du Mectizan.

Cependant, les techniques de communication qui enseignées se fondent sur des approches behavioristes. Celles-ci amènent à limiter le regard à ce qui semble *se donner à voir en soi* et ne donnent pas nécessairement accès à la texture de l'action sociale, à la profondeur de ses ancrages et à la diversité de ses significations (V. Desgroseilliers et N. Vornax, 2014, p.24).

En outre, si la CCC intègre des variables psychosociales touchant aux croyances sur la santé, ces variables sont exemptes de contenus transactionnels et on leur assigne aussi un rôle indirect dans le changement de comportement (G. Godin, 2012).

En général, ces techniques de communication ont en commun une méconnaissance assez générale des systèmes de pensée et d'action populaires et locaux (O. De Sardan, 1995, p.197). Enfin, l'évaluation comme contrôle de connaissances ne prend pas en compte la réinterprétation des connaissances par les PSPL en fonction des normes d'évaluations produites par leurs propres interactions (O. De Sardan, 1995, p.90). Le contenu de la formation était assez maîtrisé par les PSPL interviewés, surtout les plus expérimentés (G. C. Eloundou, 2020).

Cependant, pour les moins expérimentés, le temps alloué à une séance de formation était perçu comme étant insuffisant. Dans ce cas, ils se faisaient aider par les plus anciens (G. C. Eloundou, 2020).

Les réseaux personnels et les discussions interindividuelles contribuent à structurer les attitudes populaires face à l'innovation et au changement technique (E. Katz et F. Lazarsfeld, 1955 ; E. Rogers, 1983).

6.DES SITUATIONS-PROBLÈMES AUX INTERFACES « NON RECONNUES » DANS LE TRAITEMENT À L'IVERMECTINE SOUS DIRECTIVES COMMUNAUTAIRES

Tous les PSPL confirmaient que le Mectizan était largement distribuée aux populations. Cependant, considérer les professionnels de santé de première ligne comme de simples porte-paroles des messages techniques et des « bonnes pratiques » sur le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) n'est pas suffisant pour rendre compte des résultats du TIDC. Il existe des situations-problèmes vécus par les professionnels de santé de première ligne et qui ne sont pas prises en compte dans les manuels de formations au TIDC.

La démotivation progressive des Agents de Santé Communautaires Polyvalents (ASCp) était la conséquence de plusieurs situations faiblement pris en compte par les instances sanitaires internationales et nationales. Ces situations étaient entre autres (G. C. Eloundou, 2020) : l'absence d'avantages sanitaires au niveau du Centre de Santé Intégré (CSI) ; le changement nominal du statut des ASCp qui ne s'accompagnait d'aucun avantage quelconque (Délégués Communautaires d'abord, Agents relais communautaires ensuite, Agents de santé communautaires Polyvalents actuellement).

Cette démotivation occasionnait le mauvais remplissage des données de recensement, des erreurs dans les commandes de médicaments, des stratégies de la dérobade des ASCp et leurs désistements (G. C. Eloundou, 2021).

E. Emukah et *al* (2008) montraient que les démissions des ASC au Nigéria pouvaient s'expliquer par le manque d'incitations financières, les exigences des autres emplois, les

longues distances impliquées dans la distribution de maison en maison et les droits conjugaux. M. Katarbarwa et F. Richards (2001) liaient les démissions des ASC de la phase de distribution en Ouganda, à la manière dont ils étaient recrutés. Ils montraient aussi que ceux qui avaient été élus de façon représentative démissionnaient à de faibles proportions par rapport à ceux qui avaient été désignés ou nommés.

En outre, la gestion de certains effets pervers du TIDC observés chez les ASCp n'étaient non plus prévus dans les manuels de formation (G. C. Eloundou, 2021) : accaparement des ressources du TIDC (rapports, boîtes de médicament, rapports de synthèse des données de distribution, etc) ; détournement des médicaments pour la vente ; remplissage des fiches de de synthèse sans distribution préalable du médicament ; l'existence des situations conflictuelles diverses et complexes impliquant l'ASCp.

Face aux populations bénéficiaires du Mectizan, d'autres situations sont observées et rapportées par les PSPL (G. C. Eloundou, 2021) : prendre le médicament sans le consommer ; détourner le médicament pour un usage dans la composition de certaines potions ou pour le déparasitage des animaux (cochons, chèvres, chiens) ; refus du médicament pour des raisons religieuses ; se rendre inéligible en consommant de l'alcool juste avant le passage de l'équipe de distribution.

7.DE L'IMPOSSIBILITÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE D'ÉCHAPPER À LA DOUBLE CONTRAINTE : STRATÉGIES DE DÉFENSE DES INTÉRÊTS INSTITUTIONNELS ET STRATÉGIES DE MÉDIATION ENTRE INTÉRÊTS DIVERS

Le fait d'être des agents de l'État, des salariés et d'occuper des postes de

responsabilité mettaient les PSPL dans une relation institutionnelle vis-à-vis de leurs responsables hiérarchiques et des instances internationales. À ce titre, il leur était difficile d'échapper à la double contrainte. Ils devaient traduire les messages en langue Eton⁵. Certes, cette traduction était facilitée par le fait que tous les PSPL interviewés étaient originaires du Département de la Lékié et qu'ils résident dans l'Aire de Santé de Monatélé.

Cependant, la maîtrise du langage local n'était pas le principal problème. O. De Sardan (1995, p.165) montre que langage-projet ne sert essentiellement qu'à la reproduction des projets sans pénétrer le langage local, car les univers langagiers des populations « bénéficiaires » et l'univers langagier des institutions et opérateurs de développement ne communiquent le plus souvent pas. De plus, « la traduction n'est pas un simple exercice de recherche du mot équivalent d'une langue naturelle à une autre, c'est aussi la mise en rapport de champs sémantiques différents, de différentes façons de découper ou penser la réalité » (O. De Sardan, 158).

D'autres stratégies étaient mises en œuvre en vue de pallier certaines situations-problèmes (G. C. Eloundou, 2021): l'attribution d'un numéro d'identification unique à chaque lot de médicament et le suivi de la mise en œuvre des activités par les superviseurs et les PSPL pour limiter les détournement de médicament ; le fait qu'un PSPL aille lui-même faire le travail de distribution à la place des ASC démissionnaires ; la sollicitation des médiateurs traditionnels pour recruter un ASCp en urgence ; le fait d'envoyer un ASCp travaillant dans un village voisin, pour distribuer ce médicament dans des villages en situation conflictuelle.

⁵ Les Eton sont un peuple originaire du département de la Lékié, dans la Région du Centre-Cameroun.

Il existe d'autres stratégies mises en œuvre par les PSPL : associer les ASC dans la formation des PSPL pour atténuer les soupçons à l'endroit de ces derniers ; rappeler désespérément aux ASCp démotivés le caractère sacerdotal du travail qui leur incombe ; miroiter des projets à venir aux ASC ; prendre prioritairement et/ou gratuitement en charge l'ASC et les membres de sa famille pour certaines prestations (consultation, hospitalisation, accouchement) ; faire défricher le champ de l'ASCp par les membres de la communauté ; donner de petites « motivations » aux ASCp. M. Katarwa *et al* (2002) montraient aussi qu'en Ouganda, la prise de décision collective sur des alternatives aux incitations monétaires des distributeurs du Mectizan, élus de façon représentative, permet de motiver ces derniers.

D'autres PSPL font recours à la décision hiérarchique afin d'obliger, par tous les moyens, même par la force, les populations à prendre le médicament. Tout compte fait, on constate que l'application stricte des mesures sanitaires édictées ne semble pas suffisante pour atteindre les objectifs assignés dans un dispositif de SC. Certaines situations complexes nécessitent des adaptations qui gagneraient à être mises en lumière en SC.

CONCLUSION

L'objectif de cet article était de mettre en lumière la manière dont les professionnels de santé de première ligne (PSPL), avec des pratiques s'inscrivant dans le modèle biomédical, subissent une injonction contradictoire dans un dispositif de SC. En s'appuyant sur la théorie de la double contrainte en contexte d'apprentissage, le cas d'étude a porté sur la lutte contre l'onchocercose à travers le TIDC.

La double contrainte c'est ce malaise dans lequel la « victime » vit une situation complexe, dans laquelle elle ne peut s'en sortir sans risque pour elle-même.

Dans le cadre des dispositifs de SC en territoire subsaharien en général, des instances sanitaires internationales à l'origine des savoirs et des normes de santé, détiennent le monopole de la production et de la diffusion du médicament, et prescrivent la double contrainte en diffusant lesdits savoirs au niveau national. Cependant, cette double contrainte est vécue par les PSPL au niveau des interfaces entre un dispositif de SC et les particularités d'un contexte. À ce niveau, les PSPL ont non seulement des compétences techniques légitimes, mais aussi des compétences pragmatiques. Leurs actions s'orientent par des valeurs et des intérêts personnels.

Légitimées par des études évaluatives parasitocliniques, des expériences de la double contrainte sont répétées chez les PSPL, sous l'égide des instances internationales, lors des campagnes annuelles, comme c'est le cas pour le TIDC. Le rôle qui est assigné aux PSPL est celui de porte-parole des savoirs et des normes en matière de distribution des médicaments. Ceux-ci leur sont enseignés à travers des méthodes pédagogiques dont les fondements ne permettent pas de prendre véritablement en compte certaines situations-problèmes sur le terrain.

Cependant, la position institutionnelle qu'ils occupent dans l'arène locale ne leur permet pas d'échapper à ces complexes. Pour s'en sortir, ils doivent donc s'improviser et adopter des stratégies informelles, visant à la fois l'atteinte des objectifs institutionnels, la satisfaction de leurs intérêts personnels, et la médiation entre des intérêts divers.

La compétence de médiation est donc une nouvelle compétence technique incorporée à leur mission. Elle donne aux PSPL leur légitimité sur le terrain. Mais, la formation à la médiation n'est pas prise en compte dans leur formation initiale, mais aussi dans la formation continue.

Les PSPL doivent, en effet, opérer « la greffe » d'un message technique dans un système de significations propre à une population particulière (O. De Sardan, 1995, p. 156). La fonction de médiateur, c'est avoir la capacité de de connaître et de comprendre les réalités de terrain, les savoirs populaires (O. De Sardan, 1995, p. 156). Cette compétence n'est pas reconnue par les institutions sanitaires nationales et internationales.

Il serait donc important d'incorporer la médiation ou tout simplement des approches socio-anthropologiques dans la formation initiale et continue des PSPL.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AMAZIGO Uche ; DADZIE Yankum ; et al., 2002, « Monitoring community-directed treatment programmes for sustainability : lessons from the African Programme for Onchocerciasis Control (APOC) », *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, Vol.96 Supplement, Vol.1, pp. 75-92
- AMAZIGO Uche ; OKEIBUNOR Joseph ; MATOVU Victoria ; et al., 2007, « Performance of predictors : evaluating sustainability in community-directed treatment projects of the African programme for onchocerciasis control », *Social Science & Medicine*, Vol.64, pp. 2070-2082
- BATIFOULIER Philippe ; DA SILVA Nicolas, 2022, « L'État et la santé. Une économie politique du capitalisme sanitaire », *Économie et institutions*, pp. 30-31
- BATESON Gregory, 1977, *Vers une écologie de l'esprit*, Paris, Edition du Seuil
- BATESON Gregory, 1980, *Vers une écologie de l'esprit (Tome 2)*, Paris, Edition du Seuil

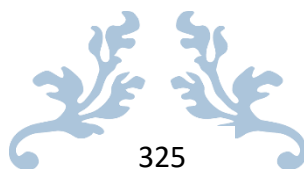
- BIERSCHENK Thomas ; CHAUVEAU Jean-Pierre ; OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2000, *Courtiers en développement. Les villages africains en quête de projets*, Paris, Karthala, Mayence, APAD, « Hommes et Sociétés »
- BOISSEVAIN Jeremy, 1974, *Friends of friends. Networks, Manipulators and Coalitions*, Oxford, Brasil Blackwell
- BRIEGER William ; OTUSANYA Sakiru ; OKE Ganiyu ; et al., 2002, « Factors associated with coverage in community-directed treatment with Ivermectin for onchocerciasis control in Oyo State », Nigeria. *Tropical Medicine and International Health*. Vol.7, N°1, pp. 11-18
- CARGO Margaret; MERCER Shawna, 2008, « The value and challenges of participatory research: strengthening its practice », *Annual review of public health*, Vol.29, pp. 325-350.
- CONILL Eléonor ; O'NEILL Michel, 1984, « La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale », *Revue Canadienne de Santé Publique*, Vol.75, N°2, pp. 166-175
- DESGROSEILLIERS Valérie ; VONARX Nicolas, 2014, « Retrouver la complexité du réel dans les approches théoriques de promotion de la santé : transiter par l'identité du sujet », *Santé Publique*, Vol.1, N°26, pp. 17-31
- DISSAK-DELON Fanny ; KAMGA Guy-Roger ; HUMBLET Perrine ; et al, 2019, « Do Communities Really “Direct” in Community-Directed Interventions? A Qualitative Assessment of Beneficiaries' Perceptions at 20 Years of Community Directed Treatment with Ivermectin in Cameroon », *Tropical Medical Infectious Disease*, Vol.4, N°3, p.105, <https://doi.org/10.3390/tropicalmed4030105>
- ELOUNDOU Christophe, 2021, « Logiques d'acteurs en santé communautaire dans la lutte contre l'onchocercose à Monatélé (Cameroun) », *Revue des Sciences Sociales*, Vol.6, p. 40-65
- ELOUNDOU Christophe, 2024, « Participation instrumentale interactionnelle dans l'arène de la santé communautaire en territoire subsaharien : Approches épistémologique et conceptuelle », *Revue HARIS*, N°14, ISSN : 2709-5053, pp.138-155
- EMUKAH Emmanuel ; ENYINNAYA Uche ; 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 Frances, 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 : CORBIERE Marc (s. dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixte dans la recherche en sciences humaines, sociales et de santé*, Québec, PUQ, p. 5-27
- HOUARD Jean Marc ; BOUSSINESQ Michel, 1999, « La lutte contre l'onchocercose : un succès », *MT*, Vol. 59, 15S-19S
- KAMGA Guy-Roger; DISSAK-DELON Fanny ; NANA-DJEUNGA Hugues ; 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, p.356, consulté le 10 Janvier 2020 sur <https://doi.org/10.1186/s13071-018-2944-z>
- KATABARWA Moses ; Richards Frank, 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
- KATABARWA Moses ; Habomugisha, Peace ; Richards Frank, 2002,

- Implementing community-directed treatment with ivermectin for the control of onchocerciasis in Uganda (1997-2000) : an evaluation, *Annals Tropical Medicine & Parasitologie*, Vol.96, N°1, consulté le 10 janvier 2020 sur le site de la revue, <http://doi.org/10.1080/00034983.2001.11813639>
- KATZ Elihu ; LAZARFELD Paul, 1955, *Personal influence. The part played by people in the flow of communications*, New York, The Free press
- KORTE Rolf, 1992, « Financing Health Services in Sub-Saharan Africa: Options for Decision Makers During Adjustment », *Social Science & Medicine*, Vol.39, pp.1-9
- PETIT Robert, 2001
- GODIN Godin, 2012, *Les comportements dans le domaine de la santé. Comprendre pour mieux intervenir*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal
- GORDON Ross, 1983, *An operational classification of disease prevention*, Public Health Report, Vol.98, pp.107-109
- HIRSCHMANN Albert, 1977, *The passions and the Interests. Political Arguments for Capitalisme Before Its Triumph*, Princeton, Princeton University Press
- JOLLIVET Marcel ; MENDRAS Henri, 1971, *Les collectivités rurales françaises*, Paris, Armand Colin
- KONDI Dominique, 2005, *Politique et système de santé*, (I. Saint-Paul, Éd.), Yaoundé, MTC-HEALTH Production, Collection santé publique, « savoir pour mieux agir »
- MABEY Denise, WHITWORTH James, ECKSTEIN Michael, GILBERT Clare, 1996, « The effects of multiples doses of ivermectin on ocular onchocerciasis. A six-year follow-up », *Ophthalmology*, Vol.103, pp.1001-1008
- Manuel de formation à la lutte intégrée contre les Maladies Tropicales Négligées au Cameroun : module de formation des responsables du niveau des aires de santé*, 2010
- MOREL Jacques, 2007, « L'approche communautaire de la santé : Une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques », *Santé conjugée*, Vol.40, pp.75-77
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 1995, *Anthropologie et développement. Essai en Socio-anthropologie du changement social*, Marseille, Paris, APAD-Karthala
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2006, *Déclaration d'Addis Abeba sur la santé communautaire dans la région africaine*, Addis Abeba, OMS (AFRO)
- PACQUE M., ELMETS C., DUKULY et Coll, 1990, « Improvement in severe onchocercal skin disease after a single dose of ivermectin », *Am J Med*, Vol.90, pp. 590-594
- REMME Jan, 2004, « Research for control: the example of onchocerciasis », *Tropical Medicine & International Health*, Vol.9, pp. 243-254.
- ROGERS Everett, 1983, *Diffusion of innovations*, New-York, Free Press, 3e édition ; les éd. 1962

Numéro 016 Mars 2025
Histoire et Analyses des Relations Internationales
et Stratégiques (HARIS)

Revue de l'Association des Spécialistes des Relations
Internationales et des Études Stratégiques Africaines (ASRIESA)

ISSN: 2709-5053





HARIS N°16 Mars 2025