

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

-----  
CENTRE DE RECHERCHE ET  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET  
EDUCATIVES (CRFD/SHSE)

-----  
UNITE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

-----  
DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

-----  
POSTGRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL  
AND EDUCATIONAL SCIENCES

-----  
DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
SOCIAL SCIENCES

-----  
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

**DEPISTAGE, CONTROLE ET PRISE EN CHARGE DE LA  
DRACUNCULOSE EN MILIEU RURAL AU TCHAD : UNE ANALYSE  
CROISÉE ENTRE LES DYNAMIQUES INSTITUTIONNELLES ET LES  
LOGIQUES COMMUNAUTAIRES**

**Thèse rédigée et présentée en vue de l'obtention du Doctorat / Ph.D en Sociologie**

**Spécialisation : Urbanité et ruralité**

Présentée par

**Jacob MBAIHONDOUM**  
Master en Sociologie rurale

Sous la co-direction de

**Jean NZHIE ENGONO**  
Professeur

Et

**Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO**  
Maître de conférences



**Juillet 2023**

**DEDICACE**

A mon feu père SINGAMONG Simon et à ma mère NEBOUGROU Jeannette

## REMERCIEMENTS

L'achèvement de la présente thèse de Doctorat a bénéficié de la participation de plusieurs personnes. Il est de mon devoir d'être reconnaissant à leurs égards.

Les remerciements vont à l'endroit des encadreurs de la thèse à savoir le Prof Jean NZHIE ENGONO et le Prof Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO pour leur disponibilité. Chers professeurs vous avez été toujours disponibles à m'accompagner du début jusqu'à la fin de cette thèse en dépit de vos multiples occupations. Vos riches conseils, vos encouragements, vos orientations, vos rigueurs scientifiques resteront inoubliables. Trouvez en cette thèse le fruit d'un travail dont vous avez été la pièce maîtresse. Je remercie les institutions (OCEAC & KfW) et ( AUF & IRD ) qui m'ont aidé à réaliser cette thèse. Je précise que la recherche a été réalisée grâce à un financement offert par l'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale » (OCEAC), sur la base d'une coopération financière entre la CEMAC et ministère de la Coopération Economique et du Développement (BMZ) de la République fédérale d'Allemagne, à travers la KfW (Banque allemande de développement).

L'Agence Universitaire de la Francophonie (AUF) et l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) m'ont octroyé une bourse de mobilité pour un stage au Programme National d'Eradication de Ver de Guinée au Mali.

Les remerciements vont également à l'endroit de Dr Bonaventure SAVADOGO, Coordonnateur Régional du Projet Maladies Tropicales Négligées ( OCEAC-KfW) et tout son staff pour l'appui technique apporté durant la période de mise en œuvre du projet.

Un chaleureux remerciement est adressé au Professeur Vincent De Paul ALLAMBADEMEL qui a accepté de signer la lettre de recommandation pendant le processus de candidature pour le financement. Au Prof Antoine SOCPA pour les enseignements pendant l'Université d'été organisée par l'OCEAC à Douala. Au Chef du Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, le Prof Armand LEKA ESSOMBA pour ses conseils.

A Monsieur TCHINDEBET OUKOU, Coordonnateur National du Programme d'Eradication de Ver de Guinée au Tchad, pour son implication, sa disponibilité, ses orientations qui m'ont permis d'intégrer le programme d'éradication du ver de Guinée et par la même occasion m'a facilité les descentes sur le terrain. Je lui en serai toujours reconnaissant. Au représentant pays du Centre Carter Dr Hubert ZIRIMWABAGABO et son équipe de m'avoir facilité la tâche durant la collecte des données. Au Dr Dieudonné SANKARA du Département de lutte contre le ver de Guinée à l'OMS / Genève, pour les documents mis à ma disposition. Au Dr IBRAHIM DJEOMBORO, point focal pour les Maladies Tropicales Négligées à l'OMS Tchad, pour les orientations et encouragements. Je remercie le Prof Yaya Ibrahim COULIBALY, Directeur de Recherche / ICER-Mali et Dr Cheick Oumar COULIBALY, Coordonnateur du PNEVG/ Mali pour leur collaboration.

Dans la même lancée, un chaleureux remerciement est adressé à DIONTAR Mbaihoudou, Jean BETOBOUM, Emmanuel MBAINODJI MBAIDESSE et Esther YOKOUYOUM pour leur soutien moral, financier et matériel durant tout le parcours universitaire.

J'exprime ma gratitude au Dr MAHAMAT BECHIR et Dr Richard BONGO NARE NGANDOLO, superviseurs des doctorants dans le cadre du projet MTN pour les conseils. J'adresse les remerciements au Dr Ferdinand MBEN LISSOUCK et Dr Perrier Elias NGUELIEU d'avoir lu le manuscrit. Je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe du programme National d'Eradication de Ver de Guinée sans oublier les communautés rurales des zones endémiques qui ont participé à la réalisation de ce travail.

Enfin, il est nécessaire de remercier tous ceux dont les noms ne sont pas cités et qui ont participé d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette thèse. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

## Partenaires techniques et financiers



# SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
Partenaires techniques et financiers.....	iii
SOMMAIRE .....	iv
SIGLES .....	v
ACRONYMES.....	vii
LISTE DES ILLUSTRATIONS .....	viii
RESUME.....	xi
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE .....	41
RE-EMERGENCE DES MALADIES TROPICALES NEGLIGÉES .....	41
( CAS DU VER DE GUINEE ) ET RIPOSTES NATIONALES ET INTERNATIONALES .....	41
CHAPITRE I : RÉ-ÉMERGENCE DU VER DE GUINÉE : ANALYSE HISTORIQUE ET SITUATIONNELLE DE SON ÉPIDÉMIOLOGIE EN CONTEXTES GLOBAL / INTERNATIONAL ET LOCAL.....	43
CHAPITRE II : RIPOSTES INSTITUTIONNELLES, NATIONALES ET INTERNATIONALES DE LUTTE CONTRE LE VER DE GUINEE AU TCHAD.....	82
DEUXIEME PARTIE : .....	128
REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES DES MALADES DU VER DE GUINÉE AU TCHAD.....	128
CHAPITRE III : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU WASH CHEZ LES POPULATIONS DES ZONES ENDEMIQUES DE LA DRACUNCULOSE .....	130
CHAPITRE IV : CROYANCES SOCIALES, VECU DE LA MALADIE ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES .....	167
TROISIEME PARTIE.....	199
DYNAMIQUES INSTITUTIONNELLES ET LOGIQUES COMMUNAUTAIRES FACE À LA DRACUNCULOSE : UNE ANALYSE SOCIOCRIQUE .....	199
CHAPITRE V : ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET LUTTE CONTRE LE VER DE GUINEE : REALITES ET DYSFONCTIONNEMENTS .....	201
CHAPITRE VI : CONTRAINTES A L'ERADICATION DU VER DE GUINEE ET RESILIENCES DES COMMUNAUTÉS/MALADES.....	231
CONCLUSION GENERALE .....	254
BIBLIOGRAPHIE .....	254
ANNEXES .....	ccliv

## SIGLES

<b>AFRH :</b>	Association Française pour la Recherche sur l’Hidrosadénite
<b>ASV :</b>	Agent de Santé Villageois
<b>ASC :</b>	Agent de Santé Communautaire
<b>ACT :</b>	Assistant Conseiller Technique
<b>AR :</b>	Agent Renfort
<b>COGES :</b>	Comité de Gestion
<b>CSPS :</b>	Centre de Santé et de Promotion Sociale
<b>CICED :</b>	Commission Internationale pour la Certification de l’Éradication de la Dracunculose
<b>CDC :</b>	Center for Disease Control and prevention
<b>CPCM :</b>	Centre de Prévention et du Contrôle des Maladies
<b>C4D :</b>	Communication pour le Développement Humain, Durable, respectueux des Droits humains et des Diversités
<b>CHU :</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CT :</b>	Conseiller Technique
<b>CTA :</b>	Chargé de Traitement à l’Abate
<b>ESS :</b>	Entretien Semi Structuré
<b>FOSA :</b>	Formation Sanitaire
<b>FGD :</b>	Focus Group Discussion
<b>FCFA :</b>	Franc de la Communauté Financière Africaine
<b>HBM :</b>	Health Belief Model
<b>HCSP :</b>	Haut Conseil de la Santé Publique
<b>IEC :</b>	Information-Education-Communication pour le Changement de Comportement
<b>I IE :</b>	Institut International d’Ingénierie de l’Eau et de l’Environnement
<b>IB :</b>	Initiative de Bamako
<b>MTN :</b>	Maladie Tropicale Négligée
<b>MCD :</b>	Médecin Chef de District
<b>MSP :</b>	Ministère de la Santé Publique
<b>ODD :</b>	Objectif de Développement Durable
<b>OCDE :</b>	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
<b>OCP :</b>	Programme de Lutte contre l’Onchocercose en Afrique de l’Ouest
<b>PNEVG :</b>	Programme National d’Eradication du Ver de Guinée

<b>PNDS :</b>	Plan National de Développement Sanitaire
<b>RCS :</b>	Responsable de Centre de Santé
<b>SASV :</b>	Superviseur des Agents de Santé Villageois
<b>SSP :</b>	Soins de Santé Primaire
<b>TCC :</b>	The Carter Centre
<b>UA :</b>	Union Africaine
<b>VG :</b>	Ver de Guinée
<b>VIH :</b>	Virus Immuno Humain

## ACRONYMES

- BAD :** Banque Africaine de Développement
- CASE :** Chef d'Antenne de Surveillance Epidémiologique
- CAMES :** Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
- CONACED :** Comité National de Certification de l'Eradication de la Dracunculose
- IFORD :** Institut de Formation et de Recherche Démographique
- OCEAC :** Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale
- OMD :** Objectif du Millénaire pour le Développement
- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- ONG :** Organisation Non Gouvernementale
- PAS :** Plan d'Ajustement Structurel
- PNUD :** Programme des Nations Unies pour le Développement
- PUF :** Presses Universitaires de France
- SIDA :** Syndrome Immunodéficience Acquise
- UNICEF :** United Nations International Children's Emergency Funds (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)
- WASH :** Water Sanitation Hygiene / Eau Hygiène Assainissement



## LISTE DES ILLUSTRATIONS

### Liste des cartes

Carte n° 1 : Localisation de la zone d'étude.....	25
Carte n°2 : Carte des zones endémiques du ver de Guinée .....	73

### Liste des tableaux

Tableau n° 1 : Echantillon .....	31
Tableau n° 2 : Répartition des répondants selon le sexe.....	32
Tableau no 3 : distribution de l'échantillon qualitatif selon la population d'étude .....	33
Tableau n° 4 : Modèle d'analyse de la thèse .....	37
Tableau n° 5 : Symptômes du ver de Guinée .....	48
Tableau n° 6 : statistiques de la maladie du Ver de Guinée par Délégation sanitaire de 2010 à 2019..	74
Tableau n° 7 : infection du ver de Guinée chez les chiens par mois (2017-2019).....	99
Tableau n° 8 : Structure et acteurs de la surveillance épidémiologique du ver de Guinée .....	108
Tableau n° 9 : rôles et responsabilités des comités.....	219

### Liste des histogrammes

Histogramme n° 1 : distribution des cas humains du ver de Guinée au Tchad (2010-2019).....	78
Histogramme n° 2 : distribution des enquêtés ayant entendu parler du ver de Guinée selon le sexe en %.....	131
Histogramme n° 3 : distribution des enquêtés ayant entendu parler du ver de Guinée selon le milieu de résidence en %.....	132
Histogramme n° 4 : distribution des enquêtés ayant entendu parler du ver de Guinée selon le niveau d'instruction en %.....	133
Histogramme n° 5 : distribution des enquêtés ayant entendu parler du ver de Guinée selon la région en %.....	134
Histogramme n° 6 : distribution des enquêtés en fonction de leur connaissance des principales causes du ver de Guinée selon le sexe en %.....	135
Histogramme n° 7 : Répartition des enquêtés ayant bénéficié des séances éducatives sur les bonnes pratiques du WASH selon le sexe en % .....	137
Histogramme n° 8 : Répartition des enquêtés selon l'existence d'un dispositif de lavage des mains par département .....	142

Histogramme n° 9 : Répartition des enquêtés selon les modes d'élimination des déchets par milieu de résidence en % .....	144
Histogramme n° 10 : Appréciation du niveau d'assainissement par les enquêtés selon le milieu de résidence en % .....	145
Histogramme n° 11 : Répartition des enquêtés selon les « pratiques en courageantes » du WASH selon le milieu rural en % .....	146
Histogramme n° 12 : Répartition des enquêtés selon l'accès à une eau potable en quantité suffisante selon le sexe en % .....	148
Histogramme n° 13 : Répartition des enquêtés selon les point d'eau régulièrement utilisés selon la Région .....	153
Histogramme n° 14 : Répartition des enquêtés selon leur accès à l'eau potable selon le milieu rural en % .....	155
Histogramme n° 15 : Répartition des enquêtés selon les périodes de pénurie en eau ou d'accès difficile à l'eau selon le milieu de résidence en % .....	156
Histogramme n° 16 : Messages reçus sur le ver de Guinée selon le milieu de résidence en % .....	157
Histogramme n° 17 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des principales causes du ver de Guinée selon le sexe en % .....	158
Histogramme n° 18 : distribution des enquêtés selon la connaissance des canaux d'informations sur le ver de Guinée selon le milieu de résidence en % .....	161
Histogramme n° 19 : distribution des enquêtés selon leur connaissance des membres de la communauté atteints par le ver de Guinée selon le milieu de résidence en % .....	162
Histogramme n° 20 : distribution des enquêtés selon le recours thérapeutique en milieu rural .....	175
Histogramme n° 21 : appréciation de la prise en charge du ver de Guinée selon le sexe en % .....	183
Histogramme n° 22 : observance des médicaments ou du traitement selon le sexe en % .....	185
Histogramme n° 23 : Répartition des enquêtés selon la distance parcourue dans les zones endémiques de dracunculose pour atteindre les centres de santé .....	188
Histogramme n° 24 : dépenses nécessaires pour arriver au centre de traitement selon le milieu de résidence .....	189
Histogramme n° 25 : moyen de déplacement utilisé du domicile au centre de traitement selon le milieu de résidence .....	190
Histogramme no 26 : impact de la distance parcourue comme obstacle à la prise en charge en milieu rural .....	191

### Liste des photos

Tableau n° 4 : Modèle d'analyse de la thèse .....	37
Photo n°1 : Eau de mare ( Birka Bogam) consommée en milieu rural à Bogam (Aboudéïa) .....	45
Photo n° 2 : Cycle évolutif du ver de Guinée.....	46
Photo n° 3 : manifestation de la maladie du ver de Guinée .....	47
Photo n° 4 : Apparition du ver de Guinée chez l'homme et l'animal.....	49

Photo n° 5 : Attroupeement autour d'une mare entre les femmes-enfants et animaux / Aboudéïa.....	71
Photo n° 6 : similitude du ver de Guinée extrait chez l'homme et l'animal.....	79
Photo n° 7 : Siège et bureau de coordination du PNEVG .....	84
Photo n° 8 : Démonstration et non utilisation de filtre à tissu contre le ver de Guinée.....	90
Photo n° 9 : Sources d'eaux utilisées dans les zones endémiques.....	93
Photo n° 10 : Traitement de l'eau à l'Abate .....	97
Photo n° 11 : attachement prolongé des chiens et chats à Bousso / Chari-Baguirmi .....	101
Photos n° 12 : Démonstration d'enterrement de boyaux par les ASV à Guelendeng.....	103
Photo n° 13 : Cérémonie de remise de prix à Ngonn bâ sara / N'Djamena sud.....	108
Photo n° 14 : dépistage d'une rumeur humaine de ver de Guinée au siège du PNEVG / N'Djamena	111
Photo n° 15 : Maison de la radio communautaire Meguedem de Bousso/ Chari-Baguirmi.....	118
Photo n° 16 : Crieur public rencontré dans le district sanitaire de Bâ-illi / Chari-Baguirmi .....	119
Photo n° 17 : Réalisation d'une scène pendant la cérémonie de récompense à Ngonn bâ sara/ N'Djamena .....	124
Photo n° 18 : Mares d'eau consommée dans les villages endémiques / Bogam.....	140
Photo n° 19 : Pompe à motricité humaine installée au centre de santé Evangélique de Guelendeng..	149
Photo n° 20 : Pompe et château tombés en panne à Liwi et Kyabé.....	151
Photo n° 21 : rencontre autour d'un puit traditionnel à Matabonon / Bousso .....	154
Photo n° 22: famille victime de la dracunculose à Bogam / Aboudéïa, dans la délégation sanitaire du Salamat.....	181
Photo n° 23 : Atelier du comité de pilotage des activités de la dracunculose à l'OMS / N'Djamena .	246

## RESUME

La présente thèse qui s'est intéressée à l'analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires face au ver de Guinée au Tchad est partie d'un constat alarmant. Le ver de Guinée qui a fait l'objet des grandes mobilisations des ressources continue toujours à faire des victimes en milieu rural tchadien en dépit des efforts entrepris par les autorités sanitaires. Quelques statistiques disponibles montrent que le Tchad a du mal à éradiquer la dracunculose. Après 9 ans sans notification de cas humains entre 2001 et 2009, la maladie a réapparu au Tchad en 2010. Des cas et infections ont été notifiés chez les humains et animaux dans plusieurs villages. L'interrogation sociologique qui a guidé la présente recherche est la suivante : Pourquoi, malgré l'existence des politiques de santé et les dynamiques d'acteurs mobilisées, la dracunculose connaît encore une recrudescence remarquable en milieu rural au Tchad ? Pour répondre à cette question de départ, l'hypothèse principale stipule que : les politiques de santé et dynamiques d'acteurs mobilisées dans la lutte contre la dracunculose se limitent aux interventions sporadiques et dysfonctionnelles qui ne favorisent pas une réelle accessibilité du traitement et du contrôle de l'éradication de la maladie.

La collecte des données a été possible grâce aux techniques vivantes (les observations directes, le questionnaire et les entretiens) mobilisées. Il est à préciser que, 769 ménages ont été enquêtés pour le volet quantitatif et 100 entretiens individuels ont été réalisés pour le volet qualitatif. Les données ont été interprétées grâce à l'analyse de contenu. La sociologie interactionniste, la théorie des représentations sociales et le modèle de croyances en santé ont été mises en contribution. Le contenu de la présente thèse est structuré en trois (3) parties avec chacune deux (2) chapitres. Après l'introduction générale, la première partie est intitulée ré-émergence des maladies tropicales négligées (cas du ver de Guinée) et ripostes nationales et internationales. La deuxième partie porte sur les représentations sociales de la maladie et les itinéraires thérapeutiques des malades du ver de Guinée au Tchad. La dernière partie est articulée autour des dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires face à la dracunculose. Une conclusion générale boucle évidemment la thèse.

Les résultats indiquent que des difficultés plurielles réduisent considérablement la capacité du programme à agir efficacement face à la dracunculose au Tchad. Des villages ont été réinfectés à cause du relâchement de la surveillance épidémiologique, d'insuffisance des moyens d'actions, de la démotivation du personnel de santé et des difficultés logistiques. L'approche multisectorielle mobilisée par le PNEVG se limite seulement au niveau central lors des réunions, ateliers et revues. L'accès à l'eau potable est un problème crucial pour les ménages des zones endémiques. Le Tchad se trouve confronté à une crise de l'eau potable en milieu rural. Les bonnes pratiques liées à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement ne sont pas observées chez les populations des zones endémiques. Des pratiques culturelles freinent la lutte contre le ver de Guinée en milieu rural tchadien. La dracunculose est perçue diversement dans les villages endémiques comme un mauvais sort jeté par les ancêtres suite aux désobéissances, les sorciers, les dieux des eaux qui sont fâchés, la colère de Dieu. L'enterrement des boyaux de poissons pour empêcher les infections animales n'a pas été respecté par plusieurs ménages. L'attachement prolongé des chiens et chats par le PNEVG comme stratégie de lutte contre le ver de Guinée suscite des réactions. Il est observé des résistances des propriétaires d'animaux, la négligence des consignes données, des chiens ont été détachés en milieu de la nuit par leurs propriétaires. L'attachement prolongé des chiens favorise le vol dans les zones endémiques. Les chiens attachés deviennent agressifs vis-à-vis des membres de la famille mais aussi de l'entourage. Le système de récompense qui est mis en place par le PNEVG est devenu plutôt un moyen d'enrichissement dans les zones endémiques du ver de Guinée.

**Mots clés :** dépistage, contrôle et prise en charge, dracunculose, milieu rural, Tchad

## ABSTRACT

This thesis began with an alarming discovery, focusing on the cross-analysis of institutional dynamics and community logics in the face of Guinea worm illness in Chad. Despite health authorities' efforts, the Guinea worm, which has been the subject of enormous resource mobilizations, continues to claim victims in rural Chad. According to current data, Chad is striving to eradicate dracunculiasis. The disease returned in Chad in 2010 after a 9-year period without human case reporting between 2001 and 2009. Human and animal cases and illnesses have been documented in various villages. The following is the social question that prompted this investigation: Why is it that, despite the existence of health programs and the dynamics of organized players, dracunculiasis is still on the rise in rural areas? To answer this initial question, the main hypothesis states that: the health policies and dynamics of actors mobilized in the fight against dracunculiasis are limited to sporadic and dysfunctional interventions that do not favour real accessibility of treatment and control of the eradication of the disease.

Data collection was possible thanks to the live techniques (direct observations, questionnaire and interviews) used. It should be noted that 769 households were surveyed for the qualitative component and 100 individual interviews were conducted for the qualitative component in 4 endemic health delegations (chari-Baguirmi, Mayo Kebbi-Est, Moyen Chari and Salamat). The data was interpreted using content analysis. The model of health beliefs, interactionist sociology, and the idea of social representations were all utilised. This thesis is divided into three (3) sections, each having two (2) chapters. The first section, which follows the general introduction, is titled Re-emergence of neglected tropical diseases (case of Guinea worm) and national and international solutions. The second section focuses on the disease's social representations and the therapeutic journeys of Guinea worm patients in Chad. The final section focuses on dracunculiasis-related institutional dynamics and community logics. The thesis is obviously completed by a general conclusion.

The findings indicate that multiple challenges significantly limit the program's ability to effectively address dracunculiasis in Chad. Because of lax epidemiological surveillance, insufficient resources, a lack of motivation among health personnel, and logistical difficulties, villages have been reinfected. The PNEVG's multisectoral approach is limited to the central level during meetings, workshops, and reviews. Access to safe drinking water is a critical issue for endemic households. In rural Chad, there is a drinking water crisis. Populations in endemic areas do not practice good water, hygiene, and sanitation practices. In rural Chad, cultural practices impede Guinea worm control. In endemic villages, Guinea worm disease is viewed in a variety of ways, including as a bad spell cast by the ancestors in response to disobedience, sorcerers, angry water gods, and God's wrath. Several households did not follow the practice of burying fish guts to prevent animal infections. The PNEVG's prolonged attachment of dogs and cats as a strategy to combat Guinea worms is causing reactions. The owners of the animals have shown resistance, have ignored the instructions given, and have let their dogs out in the middle of the night. Dogs with long attachments are more likely to be stolen.

**Keywords: screening, control and management, dracunculiasis, rural areas, Chad**

## **INTRODUCTION GENERALE**

## I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le débat autour de l'éradication de la dracunculose a fait l'objet de plusieurs rencontres mondiales initiées par l'OMS. Dans les années 1980, la dracunculose était endémique dans 211 pays d'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est. En 1989, 892 055 cas au total dans 13 682 villages ont été notifiés dans les 15 pays ayant soumis leurs rapports sur les recherches de cas menées dans les villages (OMS, 2018). Reconnaisant les conséquences de la dracunculose face à la vulnérabilité de nombreuses familles, l'OMS, le Centre Carter et l'UNICEF se sont mobilisés pour lutter contre cette endémie dans le monde. En Mai 1981, le Comité directeur inter-institutions pour la coopération dans le cadre de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990) a proposé que l'élimination de la dracunculose soit un indicateur de succès de cette Décennie. En 1986, le Centre Carter s'est également engagé dans la lutte contre cette maladie et, depuis, il est en première ligne pour les activités d'éradication, en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF (OMS, 2018). En vue d'entrer dans une phase de lutte plus décisive, l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé en 2011, tous ses Etats membres où la dracunculose est endémique à accélérer l'interruption de la transmission et à mettre en œuvre une surveillance nationale afin d'éradiquer la maladie. La synergie des grandes institutions dans la lutte contre le ver de Guinée a permis d'observer des avancées considérables dans le monde. En 2015, 22 cas humains ont été enregistrés par rapport aux 126 cas notifiés en 2014. Les actions menées ont permis de certifier 198 pays par l'OMS à travers la commission internationale pour la certification de l'éradication de la dracunculose.

En Afrique, la dracunculose reste pourtant une endémie largement répandue au sud du Sahara et encore fréquente en zone rurale. L'incidence a longtemps été sous-estimée. Dans la plupart des pays, la déclaration de la dracunculose est devenue obligatoire suite à la mise en place des programmes nationaux. Par ailleurs, en l'absence de traitement médical satisfaisant, seules les complications sévères sont répertoriées par les centres de santé. Les malades considèrent généralement qu'il est inutile de se présenter au dispensaire ou à l'hôpital, où les soins leur paraissent illusoire (Chippaux 1994 :73).

La dracunculose participe à un cycle continu de pauvreté et à une stigmatisation qui empêchent des dizaines de millions de personnes de travailler, d'aller à l'école ou de participer à la vie familiale et sociale. Au niveau sous régional, elle est ignorée, mal documentée et silencieuse. Le manque de statistiques fiables entrave les efforts visant à la faire sortir de l'ombre. Si les trois grandes maladies « VIH/SIDA, tuberculose et paludisme »

ont attiré, par exemple, l'attention des Etats africains, cette maladie invalidante (dracunculose) et parfois fatale qui touche les populations démunies a bénéficié d'un intérêt relativement limité (Mustapha Sidiki : 2013). En 2015, un total de 22 cas a été signalé dans 20 villages de 4 pays : 9 cas dans 9 villages (Tchad) ; 5 cas dans 5 villages (Soudan du Sud) ; 5 cas dans 3 villages (Mali) et 3 cas dans 3 villages (Ethiopie) et 1069 infections canines en 2018 (OMS, 2018). La dracunculose est considérée aujourd'hui par des communautés rurales comme un fléau qui limite considérablement leurs capacités à exercer les activités lucratives.

Au Tchad, la lutte contre la dracunculose a commencé depuis la création, en 1991, d'un Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG). D'après l'enquête réalisée en 1995 par le PNEVG, la dracunculose a été localisée dans six préfectures (Chari-Baguirmi, Guéra, Logone occidentale, Mayo-kebbi, Moyen Chari et Salamat). Cette phase d'enquête a permis de déterminer l'ampleur et la distribution géographique de la maladie. Des interventions basées sur la surveillance épidémiologique à base communautaire, l'isolement ou l'endiguement des cas, la lutte anti vectorielle basée sur le traitement des mares et des puits, la filtration de l'eau par le tissu-filtre, l'approvisionnement en eau potable des villages d'endémie, l'information-éducation et communication, la mobilisation sociale, la supervision ont été mises en place par le PNEVG (PNEVG : 1995). Les stratégies mobilisées ont contribué à réduire l'évolution de la dracunculose. L'endémie se trouve aujourd'hui concentrée seulement dans deux districts sanitaires du pays notamment Am-Timan et Haraze-Manguaigne (Région du Salamat) et Fianga (Région du Mayo-kebbi). Bref, des avancées ont été constatées dans la lutte contre l'éradication du Ver de Guinée entre 1993-1998. De 1231 cas répartis dans 106 villages en 1993, le pays compte en 1998, 3 cas seulement répartis dans 11 villages (Bulletin d'information n°10, 2000 :7). De janvier 1999 au 31 Juillet 1999, aucun cas de ver de Guinée n'a été signalé. Après cette accalmie, le Tchad a été de nouveau désigné par l'OMS en 2012 comme pays endémique du ver de Guinée plus de 10 ans après la survenue du dernier cas connu en 2000 (OMS, 2012). Le souci de comprendre les raisons qui expliquent la survivance de la dracunculose au Tchad a guidé le choix de notre thème intitulé : « *Dépistage, contrôle et prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad : une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires* ». Il est à souligner que les aspects épidémiologiques et biomédicaux de la dracunculose ont été abordés par le PNEVG dans de divers rapports et comptes rendus. La présente recherche envisage d'appréhender le volet sociologique en mettant un accent notamment sur les représentations et les constructions socio- culturelles ; sur les dynamiques institutionnelles et communautaires qui influencent la lutte contre le Ver de Guinée au Tchad.



## II-PROBLEME DE RECHERCHE

Au Tchad, la dracunculose sévit depuis plusieurs décennies en milieu rural. Pour l'éradiquer, le gouvernement a créé en 1991, un Programme National d'Eradication du Ver de Guinée. Des appuis ont été apportés au niveau international par le Centre Carter, l'UNICEF, et l'OMS pour accompagner le Tchad à éradiquer la dracunculose. Le Centre CARTER apporte une assistance technique et financière au PNEVG pour contribuer à l'enrayement de la transmission de la maladie. Le Centre CARTER continue de fournir une assistance pour la surveillance. L'UNICEF aide principalement le gouvernement à assurer un approvisionnement en eau potable dans les zones prioritaires désignées par les programmes nationaux d'éradication du ver de Guinée. Les Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis fournissent une assistance technique et confirment que les spécimens de vers sont réellement des vers de Guinée (Centre Carter : 2019). Au niveau national, des stratégies de sensibilisation sur les connaissances des signes et moyens de prévention ont été développées. L'une des stratégies phares consiste à récompenser à hauteur de 50 000 FCFA (100\$), tout patient qui déclare des cas de maladie du ver de Guinée et une récompense de 25000 FCFA (50\$) à toute personne qui déclare des cas du ver de Guinée (Le Pays, 2017 :1).

En dépit des efforts entrepris pour éliminer le ver de Guinée, quelques statistiques disponibles montrent que le Tchad a du mal à éradiquer la dracunculose. Car, après 9 ans sans notification de cas humains entre 2001 et 2009, la maladie a réapparu au Tchad en 2010 dans 08 régions. Ainsi, 16 cas ont été notifiés chez les humains en 2016, 15 en 2017, 17 en 2018, 48 en 2019, 12 en 2020, 08 en 2021 et 06 en 2022. Chez l'Homme, le mode de transmission inhabituel, potentiellement nouveau, observé depuis 2010 a persisté en 2016. La maladie du ver de Guinée se transmet aux chiens, aux chats et aux humains principalement par voie de consommation d'entrailles de poisson crues et/ou d'autres animaux aquatiques insuffisamment cuits comme les grenouilles, plutôt qu'en buvant de l'eau contaminée comme c'est le cas dans la plupart des autres pays. Le mode de transmission se traduit par la survenue sporadique et dispersée de cas humains provenant chaque année de villages différents (Haraze, Nanguigoto, Béré). L'augmentation du nombre d'infections canines se poursuit dans la zone située tout le long du bassin du Chari. Le nombre d'infections de dracunculose observées chez le chien n'a cessé d'augmenter, passant de 27 en 2012 à 55 en 2013, 113 en 2014, 503 en 2015, 1011 en 2016 et 1040 en 2018, 1935 en 2019, 1508 en 2020, 767 en 2021 et 521 en 2022 (PNEVG, 2018 ; 2020 ; 2022). La situation tchadienne est exceptionnelle car

les infections canines y étaient plus de 63 fois plus nombreuses que les infections humaines en 2016, contre 56 fois plus nombreuses en 2015 (OMS, 2010 & 2017).

Face à cette évolution de la maladie du ver au Tchad, des questionnements multiples doivent être envisagés. Du point de vue de l'offre, il est nécessaire de comprendre et de faire une sociologie critique des dynamiques institutionnelles et des programmes mis en place (au niveau des services de santé) pour lutter contre la dracunculose, de l'organisation des soins et des services offerts. Du point de vue de la demande des soins, les besoins socio-thérapeutiques des populations vulnérables à la dracunculose et l'accès aux services de prise en charge doivent être traités notamment avec un regard socio-anthropologique porté notamment sur la manière dont les acteurs institutionnels et les prestataires conçoivent et transmettent l'information aux communautés / malades, les difficultés ou contraintes d'accès à celles-ci ainsi que les problèmes d'acceptabilité et les obstacles socioculturels propres ou spécifiques aux communautés vulnérables. La recrudescence de la dracunculose au Tchad interpelle bien les sciences de la santé en général mais aussi particulièrement la sociologie de la santé. Si les sciences biomédicales se sont positionnées en premier plan avec des protocoles de prise en charge connus, il faut constater que la dracunculose apparaît bien comme un fait sanitaire complexe, multidimensionnel, à la fois biomédical et social. Comme le soulignait Ibrahim Boubakar Keita (1998), ex- premier ministre Malien : « *le ver de Guinée n'est plus l'affaire du seul médecin de santé publique ou médecin clinicien, mais c'est l'affaire de tout le monde* ». Compte tenu des échecs manifestes enregistrés par les approches biomédicales, il y a un intérêt sociologique à faire une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles de lutte et les logiques communautaires.

### **III- REVUE DE LITTÉRATURE ET PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE**

Pour bien cerner la recherche sur la lutte contre la dracunculose en milieu rural au Tchad, la recension de la littérature a été orientée sur les politiques publiques et systèmes de santé, les représentations des maladies et croyances étiologiques, les offres, les demandes et les recours thérapeutiques, les questions d'accessibilité aux soins.

#### **III.1. Politiques de santé et systèmes de santé**

Dans la première catégorie d'ouvrages qui traite de la question des politiques et systèmes de santé, il a été retenu les travaux de Djouda (2015 ; 2018), Okalla et Le Vigouroux (2006), Tizio (2005), Ridde (2004), Tessier et *al.*, (2004), Gobatt, Fasin (2000), Jailly (2000).

Comprendre en profondeur les logiques de dépistage, de contrôle et de prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad exige bien de prendre en compte l'importante littérature produite sur les politiques et systèmes de santé africains depuis les grands débats sur les soins de santé primaires et la participation communautaire. L'histoire du système sanitaire du Tchad a été marquée par une dynamique de multiples politiques et offres de santé. Depuis la Déclaration d'Alma Ata en 1978 avec l'initiative des soins de santé primaires, le Tchad comme bien d'autres pays africains, après plusieurs décennies, reste dans une quête permanente des soins de qualité pour sa population.

En 1978, l'OMS et l'UNICEF ont organisé la conférence internationale d'Alma Ata, avec comme résolution à la fin l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires. Celle-ci avait pour objectif majeur d'atteindre une « *santé pour tous en l'an 2000* » (OMS, 1978). Les pays membres dont le Tchad, devaient rompre avec la centralisation et la verticalité qui caractérisaient jusque-là leurs systèmes de santé, ceci pour une participation des acteurs de la base et des communautés. En fait, d'Alma Ata, on pouvait retenir quatre éléments essentiels, à savoir, la définition des soins de santé primaires, ses composantes, le recours aux agents de santé communautaires et la participation de la population. La dynamique d'Alma Ata était construite autour de deux articles fondamentaux qui stipulaient respectivement que :

*Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* » (article IV). « *Les soins de santé primaires sont des soins rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination* (article VI) (OMS : 1978).

La politique d'Alma Ata intéresse par sa dimension sociologique. Elle est structurée par une réelle volonté de mobilisation démocratique locale, par une effective participation communautaire dans l'identification des besoins sanitaires et des priorités thérapeutiques (Djouda, 2018). Cette politique des « *soins de santé primaires* » était fondée sur les principes d'équité, la participation communautaire, une approche multisectorielle, une technologie appropriée, des activités de promotion de la santé (OMS, 1978). Mais, ces objectifs précieux et louables d'Alma Ata sont restés loin des efforts consentis. Au Tchad comme dans bien de pays africains, ce rôle de cogestion du système de santé accordé aux communautés est resté plus théorique. Non seulement les procédures contractuelles n'étaient pas suffisamment élaborées, mais les communautés, mal structurées, mal informées et mal sensibilisées, n'ont

pas pu conquérir leur statut juridique légitime de personnalité morale, qui était pourtant la condition nécessaire pour une réelle participation au processus contractuel. Ces carences structurelles et contractuelles ne favorisaient pas une intégration effective des communautés dans la prise en charge de leur santé. Ceci s'ajoutait à la précarité de l'organisation des services de santé qui ne pouvaient pas déjà définir et circonscrire clairement leur zone de compétence et donc leur communauté (Djouada, 2018). Ces faiblesses ont affecté la plupart des systèmes de santé africains à l'exemple du Tchad qui a connu une véritable dégradation de son système de santé. Dans le contexte tchadien comme dans différents pays africains, la participation communautaire à l'essor de la santé n'a été qu'un « *dogme* » (Tizo, 2005 :38). Globalement, l'on peut croire que la politique d'Alma Ata a manqué de réalisme ; elle s'est limitée à la distribution de quelques soins élémentaires par des agents de santé formés à la hâte (Brunet-Jailly, 2000 :192). Limitées dans les ressources matérielles et humaines mobilisables, les politiques d'Alma Ata n'ont pas pu satisfaire de nombreuses couches sociales très pauvres et plus nécessiteuses en matière de santé. L'Initiative de Bamako sera considérée plus tard comme une tentative de redressement.

Le Tchad comme d'autres pays de l'Afrique sub-saharienne, a adopté l'initiative de Bamako comme une réorientation des soins de santé primaires. Ici, il a été question de repenser les résultats et les échecs d'Alma Ata afin de redynamiser le système de santé. Le principe fondateur de l'I. B. était le suivant : La vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge bénéficiaire doit assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé. Les objectifs de Bamako sont essentiellement le financement des paquets minimum d'activités, une décentralisation maximale, une cogestion communautaire ou un cofinancement communautaire, le renforcement des mécanismes d'approvisionnement et d'utilisation des médicaments essentiels, une garantie des sources permanentes de financement nécessaire au bon fonctionnement des unités de soins (Abdoulaye *et al.*, 2003 : 238). L'« *Initiative de Bamako* » a été mise en place pour répondre aussi aux problèmes économiques des pays africains ainsi qu'à leurs conséquences néfastes sur la situation sanitaire, et pour faire face aux difficultés rencontrées par la politique de « *soins de santé primaires* » dans sa phase de mise en œuvre.

En prenant en compte les principes directeurs de Bamako, le secteur sanitaire tchadien a connu la répartition des « *centres de santé* » ou des « *districts de santé* » qui devaient servir de points focaux pour la relance des activités sanitaires. L'I. B est cependant implémentée

dans un contexte de crises politico-économiques où les budgets publics se trouvent amputés et où l'Etat a retiré ses principales responsabilités sanitaires. Les communautés sont donc appelées à jouer à la fois le rôle de « *communautés capables de repérer, de planifier et de financer leurs besoins sanitaires* ». Comment les communautés tchadiennes allaient-elles ou pouvaient-elles financer leur « *centre de santé* » dans un contexte où la crise économique et les Programmes d'Ajustement Structurels (PAS) avaient confiné la plupart des ménages dans une insécurité économique réelle ? Des politiques de marchandisation des soins ont donc été appliquées alors même que les revenus réels des salariés et des paysans s'effondraient à cause des dévaluations monétaires. Face à un Etat tchadien qui devenait pauvre, l'accès populaire aux services de santé officiels devait régresser, ce qui allait compromettre la politique de « *recouvrement des coûts* ». De plus, cette politique de « *recouvrement des coûts* » manquait de pertinence. Dans un contexte de crise des politiques et des stratégies, la plupart des patients indigents ou non ont opté, pour des trajectoires sanitaires parallèles ou traditionnelles.

Globalement, l'I.B. comme la politique d'Alma Ata, malgré la dimension sociologique de ses objectifs, n'a pas été suivie par les démarches méthodologiques, techniques et politiques nécessaires pour sa faisabilité réelle. Aujourd'hui, plus de vingt-cinq ans après Alma Ata et Bamako, les problèmes de santé même les plus élémentaires se sont accrus au Tchad, avec l'émergence et la réémergence des nouvelles maladies infectieuses ou chroniques comme la dracunculose.

A cette faiblesse des politiques de santé se sont ajoutées des contraintes même d'organisation du système de santé au Tchad. Aujourd'hui, les principes fondamentaux des politiques de santé au Tchad reposent essentiellement sur le processus de la décentralisation. Mais les faits de terrain montrent que cette question de la décentralisation reste davantage un fait des discours. Comme le souligne Djouda (2018) en contexte camerounais, le transfert réel de l'autorité administrative et des compétences politiques et financières n'est pas encore l'apanage des leaders sanitaires locaux ou des districts. Le pouvoir décisionnaire et la gestion des ressources restent centralisés et détenus par quelques cadres des pouvoirs centraux. Il n'y a pas encore une « *décentralisation fonctionnelle* » (Grodos, 2004 : 53) dans les actions, celles-ci s'inscrivent dans une logique « *verticale* » ou de contrôle « *d'en haut* ». Même si les responsables des programmes sanitaires manifestent une volonté de limiter la verticalité et la centralisation des actions, dans la pratique, c'est encore manifestement un difficile transfert du pouvoir et des ressources au niveau des structures périphériques. La décentralisation budgétaire n'est pas encore une réalité au niveau des responsables des districts de santé. La

crise des ressources humaines de qualité ne favorise pas déjà une réelle mobilisation dans le système de santé national. Le ratio soignant-soigné au Tchad est encore très précaire. Malgré les efforts de recrutements engagés par l'Etat, bien des structures sanitaires restent encore dépourvues du potentiel humain nécessaire pour leur bon fonctionnement. Le pays compte un médecin pour 28 466 habitants, un infirmier pour 12 903 habitants, une Sage-Femme pour 9 596 femmes en âge de procréer (PNDS : 2013, 44).

Plusieurs décennies après Alma Ata, Ottawa et Bamako, le principe de participation communautaire reste théoriquement l'un des piliers fondamentaux des systèmes de santé africains. Si à travers la participation communautaire on doit observer une mobilisation des ressources plurielles de la communauté, il convient de noter que les résultats des recherches disponibles ( Tizio et Flori, 1997 ; Ridde, 2004 ; Okalla et Le Vigouroux, 2006) font constater que cette « *perspective communautaire ou autogestionnaire* » des structures de santé a été cependant marquée par de multiples obstacles qui, jusqu'ici, n'ont pas favorisé une véritable efficacité des soins de santé primaires (SSP)<sup>1</sup> en contexte africain en général et au Tchad en particulier. L'objectif d'une « *santé pour tous* » a été manqué en l'an 2000, laissant plutôt observer l'utopie de l'ambition qui avait été nourrie à Alma Ata. Face à la lutte contre la dracunculose en milieu rural ou communautaire, il s'avère encore important de comprendre comment s'appliquent ces principes de participation communautaire. Peut-on parler d'une véritable mobilisation des acteurs collectifs autour des questions de lutte contre la dracunculose en zone rurale au Tchad ? Si oui, comment s'organise-t-elle et se structure-t-elle ? Sinon, quelles sont les contraintes majeures qui l'inhibent ?

En réalité, divers auteurs ont profondément questionné les politiques et systèmes de santé africains avec des résultats toujours très impressionnants. Dans une étude de cas portant sur le rôle des médecins dans les systèmes de santé au Burkina Faso, Gobatt citée par Hours (2001 :137), souligne que :

*La situation sanitaire des pays dits en développement donne généralement lieu à des bilans critiques. Maints éléments servent, de façon récurrente, à expliquer l'écart entre les sommes investies dans l'amélioration de la santé des populations, et les résultats obtenus. Les discours alarmistes ont en effet longtemps indexé les facteurs financiers, le manque de moyens ou la gestion désastreuse des finances disponibles, techniques, le manque de personnel, de structures sanitaires, de matériels, etc.*

---

<sup>1</sup>Les SSP sont « *des soins essentiels, universellement accessibles par tous les individus, par toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté et le pays, dans l'esprit d'auto responsabilité et d'autodétermination* » (Article VI de la Déclaration d'Alma Ata).

A travers ce constat (exemple), l'auteure a montré que les approches utilisées jusque-là par les acteurs de santé en Afrique subsaharienne (Tchad, Mali, Soudan, Burkina Faso) étaient inadéquates. En démontrant la moindre performance des systèmes de santé en Afrique, elle a mis en exergue les raisons pour lesquelles les maladies invalidantes (Ver de Guinée) ne s'allègent pas malgré les efforts de contrôle fournis par les pays au cours de la dernière décennie (Hours, 2001 : 137). L'analyse de Gobatt corrobore les travaux de Jaily sur la politique sanitaire en Afrique lorsqu'il déclare :

*Les politiques de santé que nous connaissons, tout spécialement dans les pays les plus pauvres d'Afrique, ceux de l'Afrique francophone, ces politiques que pratiquent les Etats indépendants depuis plus d'une génération déjà, celles que financent les bailleurs de fonds, celles qui font l'objet de tant de grands titres dans les journaux de ces pays et de tant de beaux discours de leurs ministres devant les assemblées mondiales de la santé à Genève, ne se préoccupent pas tant des problèmes de santé publique que des intérêts corporatifs des professionnels de la santé (Jaily, 2000 : 1).*

C'est pour cette raison que Desgroseilliers et al, (2016 :113) ont simultanément déclaré que :

*L'Afrique vit le triple fardeau des maladies transmissibles, non transmissibles et socio-comportementales auxquelles s'ajoutent l'analphabétisme, la pauvreté, le sous-développement. En d'autres termes, ce continent se situe au dernier rang de tous les indicateurs de santé et de développement.*

Dans une étude de cas réalisée dans le département de Pikine au Sénégal, Didier Fassin s'est appesanti sur les enjeux politiques de la santé.<sup>2</sup> S'appuyant sur l'anthropologie de la santé, il a étalé grâce aux enquêtes de terrain les inégalités développées dans la mise en œuvre de la politique sanitaire. En effet, il a souligné que dans les structures publiques, les soins sont certes gratuits mais la très faible dotation de l'Etat au département de Pikine ne permet guère l'achat de médicaments par les dispensaires. Cette pratique selon Didier Fassin, dévalorise les services publics. Si l'on observe de plus près la situation, on s'aperçoit que l'accès gratuit et universel aux médicaments est encore loin d'être acquis, ajoute-t-il (Fassin, 2000 : 178, 217). Les investigations conduites par Didier Fassin dans les banlieues de Dakar sur les enjeux politiques autour de la santé publique intéressent la présente recherche. Elles

---

<sup>2</sup>Didier Fassin présente la politique de santé publique à trois niveaux: premièrement, elle se donne pour cible des actions des segments de population toujours plus larges, par exemple en passant de la maladie au risque, et, une fois celui-ci reconnu, en élargissant du groupe à la conduite; deuxièmement, elle adopte sans cesse de nouveaux objets sur lesquels elle intervient, notamment en les définissant dans le langage de la médecine tout en les situant sur le registre de la prévention; troisièmement, elle s'appuie sur des agents sociaux en nombre croissant, par le double jeu de la professionnalisation des métiers et de l'externalisation des prestations.

ont permis de pousser la réflexion sur les dessous de la prise en charge gratuite des malades du Ver de Guinée tant prônée par les autorités tchadiennes à travers le PNEVG. Les déterminants de l'utilisation de la gratuité de soin sont nombreux (Ridde, 2004 :10). Cette prise en charge gratuite des malades n'est-elle pas fondée sur des considérations ethniques, économiques, politiques ou sociales ? Quelle est la perception des communautés malades de cette offre de soin ?

Stéphane Tessier *et al.*, (2004) se sont particulièrement intéressés à la santé publique et communautaire en France. Adossés sur l'approche qualitative et mettant en exergue les grandes questions de la santé publique (observer en santé publique; agir en santé publique; promotion de la santé et santé communautaire; la représentation des usagers), ils ont simultanément conclu que le système de santé français se caractérise par une très grande complexité liée aux différentes logiques qui se sont succédées pour sa mise en place et à la mixité de sa philosophie économique. Le système associe des acteurs du secteur libéral et du secteur public, des missions de l'Etat et des champs de décentralisation des responsabilités, des secteurs de solidarité et des espaces de recherche de très haute technologie (Tessier & Ribeiro, 2004 : 138). Fort de cette considération, la problématique de la recherche interdisciplinaire dans la lutte contre les maladies a été perçue par Stéphane Tessier *et al.*, comme salvatrice mais aussi celle portant sur la libéralisation du secteur de la santé publique. L'analyse faite par Stéphane et ses collègues permet de s'interroger sur l'implication, la responsabilité et la collaboration des acteurs (Etat, ONGs, Associations, religieux, chercheurs, experts, communautés rurales) dans la lutte contre l'éradication du ver de Guinée dans le contexte tchadien.

Madi (2010 : 10, 25, 26) s'est focalisée sur la problématique de potabilisation des eaux de consommation en rapport avec les maladies hydriques dans le bassin de Loumbila, province d'Oubritenga au Burkina Faso. Elle a souligné que les maladies d'origine hydrique (dracunculose, bilharziose, typhoïde, onchocercose, choléra...) font partie des premières causes de mortalité. Leur diversité et leur distribution dépend non seulement de leur mode de transmission mais aussi des conditions d'hygiène et d'assainissement des populations concernées. En effet, l'objectif primordial selon Madi, consiste à contribuer à la maîtrise du mode d'approvisionnement en eau des populations et l'évaluation des possibilités de traitement des eaux non potable à domicile. Adossée sur les analyses bactériologiques et physico-chimiques couplées avec une enquête d'approvisionnement de l'eau dans les villages situés autour du barrage de Loumbila, il est ressorti de cette recherche que trois sources d'eau



(forage, puits et barrage) alimentent les populations. Il est à noter au terme de cette recherche que la consommation de l'eau de forage dans certains villages provoque la dysurie. Par contre, la démangeaison corporelle est due à l'utilisation de l'eau du barrage et les diarrhées à la consommation de l'eau du puits et du barrage. La consommation de l'eau du forage mélangée avec l'eau du puits provoque aussi la dysurie (Raouia 2010 :10, 25, 26). A partir de cette analyse, Madi a dévoilé la vraie face de la politique interventionniste d'accès à l'eau potable prônée par des nombreux Etats africains et leurs partenaires (PNUD, 2000 & 2015) pour lutter contre les maladies hydriques qui limitent la capacité des populations (notamment rurales) à vivre paisiblement. L'analyse faite par Madi est nécessaire dans le cadre de cette recherche dans la mesure où elle a aidé à s'interroger sur les modes d'approvisionnement en eau des communautés rurales en lien avec les maladies hydriques notamment la dracunculose. Comme le constate Chippaux (1994 : 58) : « *l'identification des points d'eau utilisés par les populations et leur classification en fonction du potentiel de transmission sont essentiels pour permettre une lutte efficace contre la dracunculose* ». A travers cette proposition, Chippaux donne des orientations nécessaires afin d'éradiquer le ver de Guinée dans les pays endémiques. Au Tchad, il est observé dans les villages endémiques de dracunculose des mares non identifiées par les agents de terrain à cause des critères d'éligibilité pourtant ces sources d'eaux non potables alimentent les communautés rurales.

### **III.2. Représentations des maladies et croyances étiologiques**

En ce qui concerne la deuxième catégorie d'ouvrages qui traitent de la question des représentations sociales des maladies, les travaux de Mimche et Djouda (2018), Djouda, NguendoYongsi et Socpa (2015), Coulibally (2012), Brunet et al., (2000), Sidiki (1999), *Poda et al.*, (1998) ont été retenus.

Les « *formes élémentaires* » de la maladie construites par les acteurs sociaux sont plurielles et complexes. Les découvertes pasteurienne qui valorisent l'interprétation ontologique de la maladie n'ont pas occulté les pratiques populaires et les systèmes de soins traditionnels. Pour diagnostiquer et soigner la maladie, nombre d'africains prennent en compte à la fois les éléments du « *microcosmos* », du « *mésocosmos* » et du « *macrocosmos* » (Sow 1978). La vie la maladie comme la mort, sont au quotidien expliquées et déterminées par des considérations sociales, cosmologiques et symboliques diverses (Djouda, 2010; Hountondji 1994). Dans l'imaginaire collectif, à côté des causes naturelles de la maladie, il est admis que les ancêtres, les sorciers, l'environnement social sont considérés comme étant aussi de potentielles causes de la maladie. Et, comme le souligne Laplantine (1986 :75), «

*lorsque la « famille », « la société », « les génies », « les ancêtres », « les sorts » sont appréhendés comme des entités morbifiques, la maladie n'apparaît plus du tout comme étant de l'ordre de l'altération, mais de l'altérité ; de l'invasion, l'effraction (...) ». La dracunculose a été analysée en prenant en compte ces multiples représentations ou pesanteurs étiologiques.*

Dans une réflexion anthropologique portant sur les représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire, Andrea Caprara (2000) a montré que les activités sanitaires pendant l'époque coloniale ont été menées de façon limitée et irrégulière. En effet, la recherche de Caprara qui a tenté de comprendre les règles qui gouvernent la transmission de la maladie et identifier les paradoxes, a souligné que tout se limitait à la réalisation de tournées médicales, des activités d'hygiène et des campagnes de vaccination. Les activités sont réduites aux soins aux malades, ce qui explique le faible impact de l'ensemble de ces pratiques sur les manières de penser et de faire des populations. D'après Caprara, si les modèles épidémiologiques de la diffusion de la maladie [du Ver de Guinée] sont assez bien connus [par le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée], les aspects socioculturels restent pour la plupart mal compris (Caprara, 2000 :15 ;18). Selon Sidiki (1999), le message sanitaire, parce qu'il arrive rarement à tenir compte des réalités sociales dans toute leur complexité, n'aboutit pas toujours à son objectif. L'individu comme le groupe social auxquels le message est destiné sont des acteurs stratégiques ayant leurs propres logiques face à des besoins à satisfaire (Sidiki, 1999 : 1). A partir de la problématique sur la nécessité d'intérioriser les pratiques socioculturelles dans la lutte contre les maladies abordées par Caprara, la présente recherche a approfondi l'analyse sur l'importance des valeurs, croyances et attitudes des communautés dans la lutte contre le Ver de Guinée. Ces valeurs traditionnelles peuvent avoir une influence notable sur l'ensemble de la trajectoire de santé des personnes malades. D'après Brunet et al., (2000 : 73) :

*Les malades sont fortement attirés par les représentations traditionnelles de la maladie et par les opportunités de diagnostic et de traitement peu coûteux qu'offrent les praticiens de la médecine traditionnelle (norme du prix comparé pour des prestations non comparables), depuis les dépositaires de connaissances effectivement transmises de génération en génération jusqu'aux charlatans les plus éhontés, en passant par les guérisseurs, sorciers, expérimentateurs, bonimenteurs, marabouts, sans oublier les assemblées de prière qui produisent des guérisons, etc.*

Dans une étude anthropologique, Jaffré et al. (1999 : 15, 364) se sont focalisés sur la construction sociale des maladies en Afrique de l'Ouest. Ils ont conjointement souligné que le

savoir populaire sur les maladies n'est ni constitué ni structuré de la même façon que le savoir biomédical. Le savoir populaire a son épaisseur, ses logiques, ses configurations sémantiques. Ils ont montré que si les modèles épidémiologiques, qui servent d'ossature à de nombreuses actions de santé publique, permettent d'établir des corrélations entre des « données dures » c'est-à-dire présence ou non d'un virus, comptage des pathologies, etc., ils se trouvent fort dépourvus dès lors qu'ils se confrontent à des données sociales comme les représentations populaires [des maladies] dont les définitions varient selon les lieux, le temps et les acteurs. A partir de ce constat, les auteurs ont mis en exergue la complexité des interprétations sociales de la maladie qui varient selon les diverses sociétés d'où il est important de valoriser dans les interventions sanitaires. L'analyse faite par Jaffré et *al.*, a permis de pousser la réflexion autour de la lutte contre la dracunculose au Tchad notamment la prise en compte des perceptions du ver de Guinée par les populations rurales.

La question de la dracunculose a été aussi la préoccupation de Coulibaly en 2012. Abordant l'aspect épidémiologique de la dracunculose dans la région de Gao au Mali, il a souligné que les activités d'éradication dans la zone sont rendues difficiles par les croyances religieuses de ces populations qui pensent que la maladie est un fait divin. En effet, l'objectif de la recherche menée par Coulibaly a consisté à décrire les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités d'éradication de la dracunculose. Tous les cas cliniques de ver de Guinée de 1995 à 2010 notifiés dans la région de Gao et les cas exportés de cette région vers d'autres pays ont été concernés par la recherche. Basée sur l'approche épidémiologique, les résultats ont montré qu'en dépit de la distribution des filtres, de la diffusion des messages sur le ver de guinée ainsi que toutes les autres activités, la maladie persiste car, ces interventions n'ont pas une grande importance aux yeux de la population. (Coulibaly, 2012 :73, 76). L'analyse de Coulibaly est doublement importante pour la présente recherche. Elle a permis d'appréhender le dysfonctionnement du Programme National d'Éradication du Ver de Guinée mis en place au Tchad depuis 1991 mais qui ne parvient toujours pas à éliminer le Ver de Guinée en dépit des ressources financières, matérielles et humaines mobilisées. Elle a servi ensuite de cerner l'influence des croyances locales développées par les communautés malades susceptibles d'impacter la lutte contre l'éradication de la dracunculose.

Dans une étude portant sur la gestion de l'eau en rapport avec les maladies d'origine hydrique à Donsin au Burkina Faso, Poda et *al.*, ont simultanément montré que la dracunculose se renforce malgré la mise à la disposition de la population d'infrastructures hydrauliques. Basée sur une enquête de terrain, l'étude a montré que les données sur la

dracunculose font ressortir une évolution en dents de scie avec une forte augmentation au cours de l'année 1996. Cette situation selon les auteurs, laisse penser que les points de contamination sont certainement les mêmes et sont liés aux activités des familles infectées par la maladie (Poda et al., 1998). Caprara (2000 : 20) parle du « *problème de la transmission de la maladie sur l'horizon des rapports sociaux entre les individus et de leur rôle à l'intérieur de la communauté* ». A partir de l'étude réalisée par Poda et ses collègues, la présente recherche s'est interrogée, en privilégiant le volet socio anthropologique, la chaîne de transmission de la dracunculose en milieu rural tchadien notamment les circonstances d'apparition, de propagation sporadique mais aussi de disparition des cas dans les collectivités humaines. Le passage des cas humains aux infections canines de la dracunculose à partir des activités de pêches et autres canaux a été analysée avec beaucoup d'intérêt afin de déterminer les causes de nature socio anthropologique, qui freinent l'éradication complète de la dracunculose. Il s'agit d'après Caprara (2000 : 20) de comprendre qui transmet la maladie à qui et dans quel contexte spécifique.

La dracunculose est classée parmi les maladies tropicales négligées (MTN) par manque de statistiques fiables visant à les faire sortir de l'ombre (OMS, 2006 : 4). Ceux qui en sont le plus affectés sont les populations les plus démunies qui vivent dans des zones rurales isolées, des bidonvilles ou des zones de conflit. N'ayant qu'un faible impact politique, ces maladies retiennent peu l'attention et ont du mal à se hisser dans les priorités de la santé publique. Ces maladies sont souvent ignorées, mal documentées et silencieuses. Cette remarque corrobore celle de Chippaux qui, en 1994, suite à une étude sur le Ver de Guinée en Afrique, avait déjà constaté :

*En Afrique, la dracunculose reste une endémie largement répandue au sud du Sahara et encore fréquente en zone rurale. L'incidence a longtemps été sous-estimée. Dans la plupart des pays, la déclaration de la dracunculose n'est devenue obligatoire que récemment. Par ailleurs, en l'absence de traitement médical satisfaisant, seules les complications sévères sont répertoriées par les centres de santé. Les malades considèrent généralement qu'il est inutile de se présenter au dispensaire ou à l'hôpital, dont les soins leur paraissent illusoire (Chippaux, 1994 :73).*

Dans une étude épidémiologique menée en 2008, Harrat & Halimi (2008) ont conjointement rapporté 4 cas de dracunculose dépistés dans la région d'Ilizi pour la première fois en Algérie chez les Touaregs d'origine malienne qui y vivent clandestinement depuis plus de 9 mois. En effet, les auteurs ont souligné que le diagnostic a été vite posé par l'observation directe du ver sorti des lésions chez les patients qui disaient ignorer

complètement la maladie et l'avoir contractée pour la première fois. Durant leur séjour, ils se sont lavés dans 2 mares. Il est constaté la présence des copépodes dans l'une des mares suite à une prospection (Harrat & Halimi, 2008 :122). A travers cette étude, ils ont mis en exergue l'exportation des cas vers des régions indemnes de dracunculose, par l'immigration clandestine, le nomadisme ou le déplacement des populations lors des conflits inter ethniques, ce qui risque de créer de nouveaux foyers d'infection et de retarder l'éradication.

Comprendre globalement la problématique de la lutte contre la dracunculose exige aussi un point de littérature sur les questions d'offres, de demandes et de recours thérapeutiques.

### **III.3. Offres, demandes et recours thérapeutiques**

L'offre de soins peut être définie comme un ensemble des infrastructures, des ressources et des activités mobilisées pour assurer des prestations de soins et de services en vue de répondre aux besoins de la population (Ibrahim, 2008). Dans cette troisième catégorie d'ouvrages qui aborde la question des offres, demandes et recours thérapeutiques, il est mentionné les travaux de Toussé (2018), Zerbo (2018), Ridde (2007), Noubaramadje (2006), Tizio & Flori (1997).

Les travaux de Valery Ridde (2007) constituent un exemple critique des politiques sanitaires. Il s'inscrit dans une perspective d'analyse des processus de mise en œuvre de l'initiative de Bamako adopté en 1987. Dans ses réflexions, le rôle et la rencontre des acteurs sociaux dans l'organisation de la politique et le choix de ses instruments ainsi que la représentation du concept d'équité (justice sociale) chez les acteurs burkinabés sont concernés. En effet, Ridde souligne que durant 30 ans en Afrique, de nombreuses politiques publiques de santé ont été formulées dans le but d'améliorer l'accès aux soins des plus pauvres. Ces politiques s'inscrivent dans la stratégie des soins de santé primaires préconisée par l'OMS en 1978, dans le but d'instaurer plus d'équité en matière d'accès aux soins de santé. Cependant, les inégalités d'accès aux services de santé perdurent. Les indigents sont toujours exclus et les bénéficiaires sont tirés du paiement des services de santé et des médicaments ne sont pas employés en faveur de l'équité d'accès.

En Afrique au sud du Sahara, au lendemain des indépendances, c'est la conception de «la santé pour tous » qui était la règle, et la gratuité des soins le système dominant. La prestation gratuite des soins était vécue comme une conquête fondamentale de la libération des peuples de la domination coloniale. De plus, un grand nombre de pays avaient choisi la voie du socialisme : ils ont ainsi érigé en dogme la gratuité d'accès aux services publics dont

le service de santé. Cependant, la situation économique des pays africains durant les années 70 et 80, caractérisée par une stagnation, une récession économique et par l'aggravation des conditions sanitaires, a conduit les dirigeants de ces pays ainsi que les instances internationales à remettre en question le système de fourniture gratuite des soins (Tizio & Flori, 1997). Les systèmes de santé en Afrique au sud du Sahara ont montré par leurs défaillances que leurs présupposés étaient inadéquats à la situation des pays concernés. La persistance de problèmes tels que la sous-utilisation des services de base et l'informatisation des marchés de la santé renvoie à un questionnement sur le rôle des pouvoirs publics dans la régulation de la santé (Tizio & Flori, 1997).

Dans une analyse de la dynamique de l'offre plurielle de soins à Batcham-Cameroun, Toussé (2018) précise que l'offre de soins à Batcham est jalonnée de multiples déficits qui sont de plus en plus visibles face à des besoins en santé de plus en plus diversifiés des populations. D'après l'auteur, le manque de personnel, le sous équipement et le délabrement des bâtiments expliquent le faible rayonnement géographique du centre médical, et surtout, le faible niveau de distribution des soins et d'action médicaux. A cela s'ajoutent l'indisponibilité des médicaments prescrits, et parfois à leur coût excessif.

Abordant les questions liées au système de santé au Tchad, Noubaramadje (2006) affirme qu'une insuffisance des déterminants liés à l'offre de soins est observée. D'après des insuffisances dans l'accès, la disponibilité, l'utilisation, la couverture et la qualité des soins ont été soulignés par différentes sources, notamment l'EDST et les statistiques sanitaires du MSP 2005. Les données rapportées soulignent une faible couverture en structures de soins, une inadéquation des plateaux techniques dans les structures de santé, une faible opérationnalité du mécanisme et du système de référence et contre référence, une faible qualité dans la prestation de soins, une insuffisance dans l'organisation des services, une insuffisance dans la gestion des médicaments essentiels génériques, vaccins, Anti RetroViro et produits contraceptifs, une insuffisance des moyens de communication, une implication anarchique des structures de soins suite aux décisions politiques, une insuffisance des infrastructures, équipements médicotecniques ainsi que leur maintenance à tous les niveaux, le non respect des normes et procédures des prestations par les structures privées et confessionnelles de soins.

Au Tchad, faute de traitement préventif, la lutte contre la dracunculose consiste essentiellement en des stratégies de prévention. En juillet 2017, le gouvernement a lancé une campagne de communication dénommée « *Héros du ver de guinée* » dont l'objectif est de

sensibiliser 80% de la population sur la connaissance des signes de la maladie, des moyens de la prévenir et sur la récompense monétaire liée à la notification des cas et des infections animales par les populations (Bihebdomadaire, 2018 :7). A ce sujet, Tesier *et al.*, (2004 : 102). Dans une analyse similaire ont souligné que : « *Trop souvent, les intervenants se contentent d'apporter quelques données informatives sur les questions de santé en presumant que celles-ci suffiront pour modifier les comportements. Or, il n'en est rien* ».

Alors que beaucoup d'études se sont focalisées sur les aspects épidémiologiques de la dracunculose (Coulibaly, 2012), l'exportation de la dracunculose à travers l'immigration (Harrat et Halimi, 2008), les échecs des stratégies mises en œuvre pour éradiquer la dracunculose en Afrique (OMS, 2010 & 2017 ), l'analyse comparée de la prévalence du Ver de Guinée dans la sous-région (Chippaux,1994), les études économiques liées à la maladie du Ver de Guinée (Aboubacar Oumarou, 2004 ), les conséquences néfastes de la maladie du Ver de Guinée (OMS : 2018), certains auteurs comme Poda *et al.* (1998) et Raouia (2010) se sont intéressés à la gestion de l'eau en lien avec les maladies d'origine hydrique notamment la dracunculose, etc.

Peu de ces travaux ont cherché à analyser non seulement les « dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires » mais surtout leurs logiques, leurs actions, les acteurs et leurs responsabilités, l'efficacité, les paradoxes observés mais également les représentations sociales, les croyances et interprétations faites à l'intérieur des communautés rurales autour de la dracunculose.

De même, certaines faiblesses méthodologiques observées notamment la mobilisation des outils d'analyse et de collecte de données, des échantillons plus ou moins représentatifs limitent la confiance qui peut être accordée aux conclusions des quelques recherches en lien avec ce sujet.

Au-delà des référents empiriques auxquels nous nous sommes limité, la présente recherche a pris simultanément place dans l'espace théorique de la sociologie de la santé en s'insérant davantage dans les champs de la santé communautaire. Elle contribue scientifiquement à l'analyse et à la compréhension des logiques et enjeux des programmes mis en œuvre au niveau institutionnel pour éradiquer la dracunculose, aux obstacles socioculturels et aux constructions sociales développées par les communautés et les malades. Au plan de la santé, l'être humain est un *être bio-psycho-social*. C'est incontestablement de ce dernier aspect de la définition que découle la *dimension sociale de la santé*.

Face à la dracunculose, le sociologue admet que *l'état de santé* des individus dépend, dans une large mesure, du milieu social où ils vivent. La configuration des valeurs, le niveau de vie et le genre de vie, le milieu familial, l'organisation du travail et bien d'autres aspects de la vie sociale impactent de façon décisive sur l'état de santé (positif ou négatif) des individus. Bien plus, le milieu social a aussi une influence non négligeable sur l'accès (en quantité et en qualité) aux soins de santé. Face aux sciences bio-médicales, la socio-anthropologie de la santé offre bien un regard différent, mais complémentaire, en examinant la santé comme véritable un phénomène social. Comme le soulignent Carricaburu et Memoret (2004 :5), « *personne ne saurait aujourd'hui contester l'idée selon laquelle toute maladie a sa part de social* ». La notion de maladie comme celle de santé n'est mieux comprise que dans un champ social donné. Tout groupe socio-culturel, comme le relevait déjà Sossie Andezian (1987 : 429), « *a sa manière spécifique d'appréhender et d'expliquer les notions de santé et de maladie qui dépend étroitement de sa représentation du monde, de la vie, et de la mort, de son système de croyances et de valeurs, de son rapport à l'environnement, de son univers relationnel* ». La maladie et la santé, se construisent en fonction des exigences et des attentes liées à l'environnement, à l'insertion et aux relations familiales, communautaires et professionnelles par exemple, et constituent, au sens propre, des états sociaux (Adam et Herzlich, 1994 :7). Au regard de ces logiques plurielles qui structurent la maladie et la santé, il convient bien d'analyser la dracunculose au Tchad comme un phénomène multidimensionnel, tout à la fois biomédical, social, culturel, économique, politique. Cette complexité fait d'elle, c'est-à-dire la dracunculose, un profond objet de la sociologie de la santé. Sachant qu'aujourd'hui, la recherche sociologique se veut à la fois théorique et pratique, il convient de souligner que les données probantes qui découleront des analyses et enquêtes de terrain pourront aider davantage les décideurs politiques, l'OCEAC, les organisations non gouvernementales et les spécialistes de santé à renforcer les systèmes de surveillance, de contrôle et de prise en charge sur la base des données probantes ou intégrées. Suite à cette problématisation, plusieurs interrogations structurent la présente thèse.

## **IV- QUESTIONS DE RECHERCHE**

### **IV.1. Question principale de recherche**

La question centrale qui a guidé la présente recherche est la suivante :

Pourquoi, malgré l'existence des politiques de santé et les dynamiques d'acteurs mobilisées, la dracunculose connaît encore une recrudescence remarquable en milieu rural au Tchad ?



**Question spécifique n°1 :** Comment la lutte contre la dracunculose est-elle structurée, organisée et menée au Tchad ?

**Question spécifique n°2 :** Quels sont les facteurs ou déterminants qui expliquent les difficultés d'éradication de la dracunculose en dépit des dynamiques institutionnelles ?

**Question spécifique n°3 :** Quelles sont les connaissances, les attitudes et les pratiques des populations rurales autour de la dracunculose ?

**Question spécifique n°4 :** Comment les acteurs institutionnels et sanitaires interagissent-ils avec les communautés rurales pour lutter contre la dracunculose ?

## **V- HYPOTHESE DE RECHERCHE**

La présente recherche est constituée d'une hypothèse principale qui s'accompagne de quatre hypothèses spécifiques.

### **V.1. Hypothèse centrale**

Pour répondre à la question de départ, l'hypothèse centrale suivante a été émise :

Les politiques de santé et dynamiques d'acteurs mobilisées dans la lutte contre la dracunculose se limitent aux interventions sporadiques et dysfonctionnelles qui ne favorisent pas auprès des communautés une réelle accessibilité du traitement et du contrôle de l'éradication de la maladie.

**Hypothèse spécifique n°1 :** la lutte contre la dracunculose fait l'objet d'un programme national certes structuré et mobilisant une diversité d'acteurs mais avec des logiques divergentes et des résultats limités ou mitigés.

**Hypothèse spécifique n° 2 :** les difficultés d'éradication de la dracunculose au Tchad, s'expliquent par les dysfonctionnements des systèmes de surveillance, d'une part, et par les contraintes liées aux connaissances, attitudes et pratiques des patients et leurs communautés, d'autre part.

**Hypothèse spécifique n° 3 :** les populations rurales au Tchad construisent autour de la dracunculose des croyances et logiques de soins complexes influencées par des considérations plurielles d'ordre biomédical, culturel, social, magico-religieux.

**Hypothèse spécifique n° 4 :** face à la lutte contre la dracunculose, les interactions entre les acteurs institutionnels et les communautés rurales ne sont pas structurées par une démarche sociologique participative, inclusive ou collective.

## VI. CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

Le cadre théorique de cette thèse se repose sur une démarche de l'interdisciplinarité qui intègre ou capitalise les ressources conceptuelles et théoriques venant de la sociologie de la santé, de l'anthropologie médicale, de la psychologie sociale et de la santé publique. Au sujet de l'interdisciplinarité, Grawitz (2001 : 340) postule la nécessité qu'il faut admettre que les frontières entre les diverses disciplines ne sont pas fixées une fois pour toutes. Le véritable but de la recherche interdisciplinaire est donc une « *réorganisation des domaines du savoir, par des échanges consistant en réalité en recombinaisons constructives* ». Parlant davantage de ses enjeux, de nombreux auteurs dont Lemay (2012 ; 2014), Lemay et Darbellay (2014), Parlebas (2014), sont unanimes sur le fait que l'interdisciplinarité donne la chance de « *rencontrer l'Autre [qui] est source de richesses innombrables et puissant moteur de créativité* ». Elle éloigne de l'ethnocentrisme scientifique, des « *guerres d'oppositions théoriques très souvent stériles* » (Lemay, 2014) et laisse la possibilité à l'ouverture, au dialogue conceptuel, à l'enrichissement et à l'appropriation des acquis enrichissants. Ces exigences d'ouverture ont amené à privilégier dans le cadre de la présente thèse une interdisciplinarité de « *proximité* » avec l'anthropologie, la santé publique et la psychologie (Lemay, 2014).

### VI.1. Cadre théorique

Plusieurs théories ont trouvé une pertinence dans le cadre de la présente recherche : la sociologie interactionniste de Herbert Mead (1950), la théorie des représentations sociales de Jodelet (1989), le modèle de croyance en santé de Kleinman (1980).

#### VI.1.1. La sociologie interactionniste

La sociologie interactionniste est une théorie développée dans les années 1950 par George Herbert Mead à Chicago. A travers cette théorie, Mead défendait la vision d'une société construite au travers des interactions individuelles. En effet, Mead postule que la société se construit et se conçoit comme un « *effet émergent* » résultant des échanges

individuels (Delas & Milly, 2005). Pour accéder à la signification des relations sociales, l'interactionnisme part du sens vécu et construit par les acteurs eux-mêmes, l'interactionnisme considère l'individu comme forgeant sa personnalité au contact d'autrui. D'après Ogien (2013 : 2), l'analyse interactionniste consiste à concevoir l'action de façon dynamique, comme un processus dont le terme n'est pas fixé a priori et dont la forme se constitue dans le déroulement temporel des échanges qui la composent. Cette conception admet donc l'existence d'acteurs qui assurent la coordination et la continuité de l'action, en faisant usage de principes d'ordonnement des échanges (règles d'adéquation, de réciprocité, de catégorisation, de politesse, d'étiquette et savoir de sens commun, etc.) qu'ils mettent en application dans le cours même de l'action tout en vérifiant, incessamment, qu'ils le font de façon correcte. Le recours à la sociologie interactionniste dans le cadre de ce travail est fondamental car, elle a contribué à comprendre l'apport des acteurs institutionnels à travers l'approche multisectorielle face à la maladie du Ver de Guinée.

La théorie interactionniste a servi dans la présente recherche de saisir et restituer les significations de synergie des acteurs notamment le PNEVG, le Centre Carter, l'OMS et l'UNICEF face à la lutte contre le Ver de Guinée. Elle a permis par la même occasion de repérer la pluralité des points de vue et des interprétations ainsi que les processus d'ajustement, de négociation, de confrontation au principe de la régulation des activités mais aussi de la coordination (Morrissette et *al.*, 2017). La vie sociale selon Goffman (1974) est un théâtre dont les acteurs jouent des rôles multiples et doivent, en dépit de cette diversité, se faire reconnaître pour eux-mêmes, comme personne unique (la face). A partir de cette théorie, la recherche a tenté d'analyser le rôle joué par chaque acteur (institution) dans cette lutte commune.

### **VI.1.2. La théorie des représentations sociales**

Le concept de représentation sociale désigne en réalité une forme de connaissance sociale, la pensée du sens commun, socialement élaborée et partagée par les membres d'un même ensemble social ou culturel. C'est une manière de penser, de s'approprier, d'interpréter notre réalité quotidienne et notre rapport au monde (Jodelet, 1989 : 2). A la suite de Durkheim et de Moscovici, de nombreux chercheurs se sont intéressés aux représentations sociales. Celles-ci marquent aujourd'hui leurs empreintes dans toutes les disciplines des sciences humaines et même des sciences de la santé. Elles ont un champ d'investigation assez large.

Étudier les représentations sociales revient à explorer un ensemble d'informations, d'opinions et de croyances relatives à l'objet. Elles constituent des produits culturels « *qui naissent et se développent dans les conversations quotidiennes et par rapport à des circonstances culturelles et historiques* » (Seca, 2001 : 13).

En effet, cette théorie permet bien au sociologue de la santé de comprendre à la fois la sémiologie collective, populaire ou sociale de la maladie. Cette approche a permis de comprendre la maladie ou la prise en charge telle qu'imaginée, fantasmée, représentée et vécue par les malades, les soignants, leur entourage. Comme le souligne Marc Aurèle repris par Margot (2013 : 2), « *Ta manière de penser s'orientera d'après la nature des objets que tu te représentes le plus souvent, car c'est des représentations que l'âme prend sa couleur* ». De manière pratique, cette approche a rendu possible en contexte tchadien, la compréhension des représentations sociales de la dracunculose par les malades, la perception de l'offre de soins, les valeurs culturelles, les modes de socialisation, la construction identitaire, les processus de stigmatisation. Abric (1994) confirme bien que les représentations sociales guident les comportements et constituent un guide pour l'action. Les comportements seraient déterminés par quatre composantes de la représentation sociale : représentation de soi, de la tâche, des autres, du contexte. Elles déterminent la signification de la situation pour les sujets et conduisent à la production de comportements, de conduites, de démarches cognitives et de relations. De nombreuses recherches et expériences ont été alors réalisées et tendent à confirmer le rôle majeur des représentations dans l'élaboration des conduites et des pratiques. Cette approche des représentations sociales a permis donc d'aller au-delà du caractère instantané des données recueillies dans le volet épidémiologique pour mieux appréhender les connaissances, les attitudes et les pratiques des acteurs face à la lutte contre la dracunculose.

### **VI.1.3. Le modèle des croyances relatives à la santé / Health Belief Model**

Le modèle des croyances relatives à la santé est l'approche psychosociale la plus utilisée pour expliquer les comportements de santé et prendre en compte le rôle que la connaissance et les perceptions jouent dans la responsabilité personnelle. Les concepteurs de ce modèle ont postulé que, les gens craignent les maladies et que les actions de santé doivent être motivées en fonction du degré de crainte des individus (menace perçue). D'après ce modèle, l'individu adopte un comportement de prévention ou observe un comportement de soin s'il est conscient de la gravité du problème, s'il se sent concerné, si le comportement à adopter présente pour lui plus d'avantages que d'inconvénients et s'il croit qu'il est capable

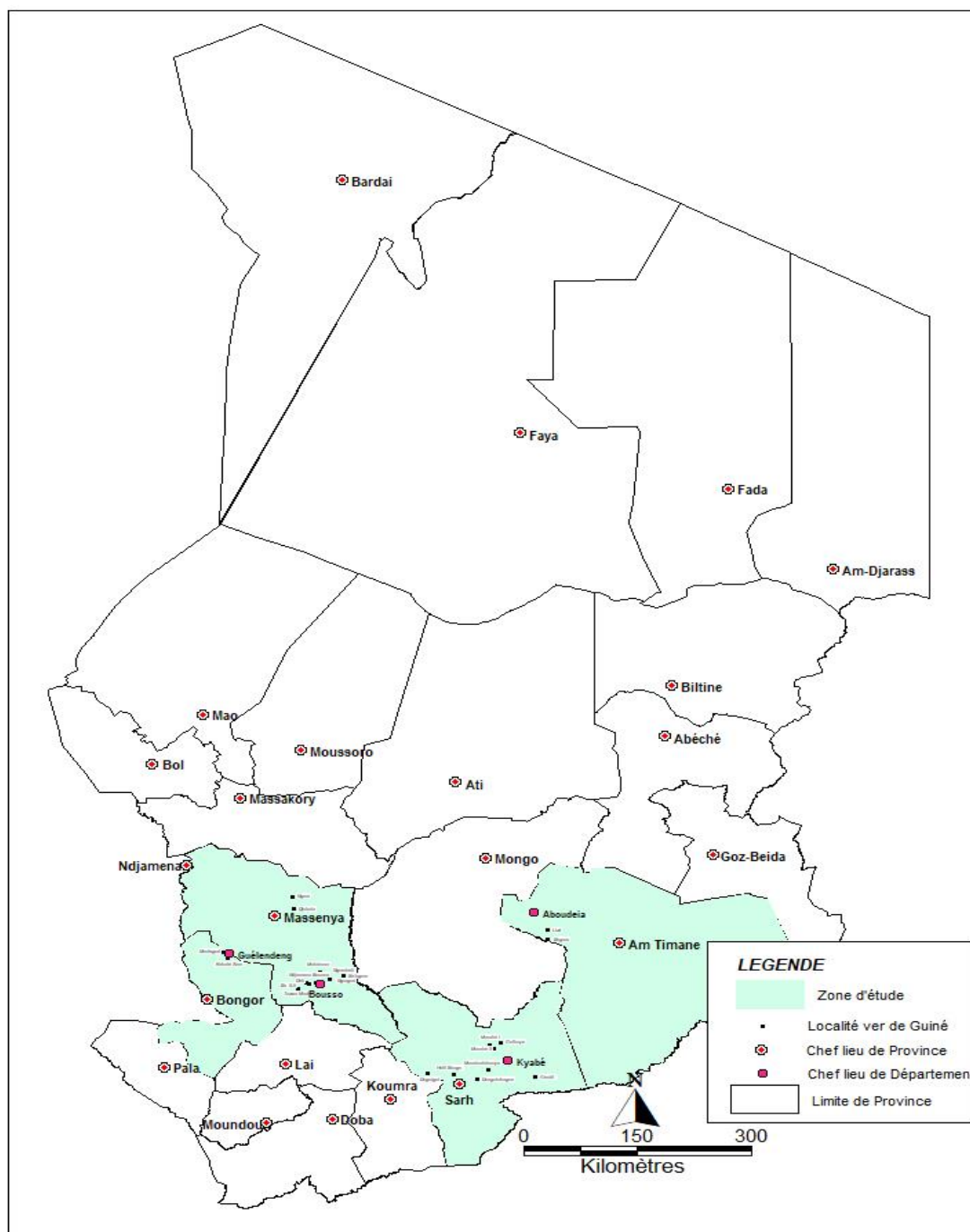
de le réaliser. Plante (1998) souligne pour sa part que ce modèle s'inspire des théories de choix rationnel fait par la personne lors d'une situation incertaine où la sélection d'une alternative dépend des croyances qu'il accorde à la valeur et l'utilité anticipées du comportement dans l'atteinte du résultat souhaité. Dans une telle situation, les croyances de l'individu susciteront des attitudes positives ou négatives, des intentions et finalement des comportements.

La mobilisation du modèle de croyances en santé a été nécessaire dans la présente recherche car, une personne malade du Ver de Guinée est en mesure d'adopter un comportement susceptible de minimiser la douleur s'il perçoit le risque d'avoir un problème d'invalidité (la vulnérabilité perçue). Il est à noter que certains des problèmes de santé peuvent être évités à travers la modification du comportement des individus, l'adoption de comportements de santé préventive (Ingrand, 2008). Les victimes de la dracunculose peuvent également développer des comportements de réticence face aux obstacles perçus (perception des coûts / barrières) notamment les aspects financiers liés à l'action de santé qui entravent l'adoption des bonnes pratiques. La croyance en l'efficacité du comportement de santé à entreprendre pour diminuer la menace intégrée pour sa part la perception des bénéfices c'est-à-dire les croyances envers l'efficacité des actions disponibles pour réduire la menace de la maladie.

## **VII. Cadre social et spatial de l'étude**

La population de l'étude est celle des régions (Moyen chari ; Mayo kebbi-Est ; Chari Baguirmi et Salamat) du Tchad où sévit la maladie du ver de Guinée depuis plusieurs décennies. Au niveau central ou institutionnel, la population de l'étude est constituée des personnes ressources, notamment les acteurs responsables du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée, les partenaires du Centre Carter, de l'OMS, les ONGs impliquées dans la lutte contre la dracunculose. Au niveau communautaire, la recherche a concerné les familles ou ménages qui ont enregistré les cas de ver de Guinée, le personnel de santé au niveau communautaire, les agents de relais communautaires, les points focaux de lutte contre la dracunculose, les vétérinaires, les chefs religieux ou traditionnels, les agents de communication.

**Carte n° 1 : Localisation de la zone d'étude**



Source : Toné Eugène, 2019

## VIII. COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données permet au chercheur de mobiliser aussi bien les avantages du mode quantitatif que ceux du mode qualitatif. Cette conduite aide à maîtriser le phénomène dans toutes ses dimensions. Il est à noter que les deux approches ne s'opposent pas mais sont complémentaires. Les données de la présente thèse ont été collectées sur la base des

techniques documentaires et vivantes (entretiens sur le terrain, observation directe, récits de vie, études de cas, focus group et questionnaire). La diversification des méthodes et des techniques a créé les conditions de multiplication des informations et d'une meilleure objectivation de la construction sociale du phénomène à l'étude (Paul, 2015 :36).

### **VIII.1. Collecte des données qualitatives**

D'après Socpa (2015), la recherche qualitative présente un enjeu majeur en sociologie et en anthropologie. Son but ultime est de décrire, d'explorer, d'interpréter et d'analyser les perceptions, les attitudes, les opinions et les comportements des individus face à des situations ou des événements importants de leur vie. A cet effet, elle dispose d'un ensemble de techniques permettant au chercheur d'acquérir des connaissances précises sur une réalité culturelle et sociale vécue ou expérimentée par les membres d'une communauté sur un sujet ou sur un phénomène précis. Pour le volet qualitatif, il est noté 100 entretiens individuels avec les acteurs institutionnels (PNEVG, OMS, Centre Carter), les agents de terrain, les anciens malades. Huit (08) rencontres communautaires de 30 personnes vivant dans les villages endémiques et deux (2) focus group de 08 personnes. Des observations ont été réalisées à partir du mois d'octobre 2019 à Février 2020 (soit 4 mois) dans six (6) districts sanitaires (Bouso, Bâ-illi, Guelendeng, Kyabé, Sarh et Aboudéia) endémiques du ver de Guinée.

### **VIII.2. Collecte des données quantitatives**

Les approches quantitatives englobent la présentation d'une grande quantité de données statistiques descriptives, des techniques d'échantillonnage et l'utilisation de modèles mathématiques, ainsi que des simulations informatiques des phénomènes sociaux. Les données quantitatives ont été collectées notamment auprès des ménages au niveau communautaire. Elles ont été collectées d'Octobre 2019 à Février 2020 (soit 4 mois) dans six (6) districts sanitaires (Bouso, Bâ-illi, Guelendeng, Kyabé, Sarh, Aboudéia) endémiques du ver de Guinée. Un questionnaire ménage a été administré auprès de chaque chef de ménage ou son représentant. Il est à préciser que 769 ménages enquêtés pour le volet quantitatif. L'utilisation de cette technique a permis de collecter simultanément dans les villages endémiques de dracunculose, plusieurs informations portant sur le profil sociodémographique des personnes enquêtées ; les connaissances et croyances locales sur le ver de Guinée, ses causes, sa transmission et ses manifestations ; les connaissances locales des différentes actions de promotion de l'hygiène individuelle et environnementale pouvant éviter le ver de Guinée ; les trajectoires thérapeutiques des malades de la dracunculose ; la prise en charge thérapeutique et le vécu du

traitement des malades du ver de Guinée, etc. Il est à noter que les informations obtenues à partir de cette technique d'enquête ont permis de construire des histogrammes et des tableaux.

## **IX. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES QUALITATIVES**

### **IX.1. Recherche documentaire**

Au sujet de l'importance de la recherche documentaire, N'da (2007 : 96-97) fait constater :

*Qu'elle permet d'avoir des moyens sûrs et des outils efficaces et donc des compétences pour prolonger la recherche, pour tourner la réflexion vers ce qui n'est pas connu, pour approfondir les analyses faites et obtenir des résultats scientifiquement intéressants, enrichissants afin de faire avancer les connaissances dans le domaine cerné.*

Dans le cadre de la présente thèse, les documents analysés étaient de plusieurs catégories : les documents officiels (rapports gouvernementaux, décisions, rapports de recherche, documents de travail, etc.), les articles et les ouvrages scientifiques publiés sur la problématique de la santé publique. Ces documents ont été recherchés auprès des personnes ressources et de diverses bibliothèques nationales et internationales, sur les sites web officiels du Ministère tchadien de la Santé, de l'Institut National de la Statistique et des ONG / Organismes internationaux. Les moteurs de recherche suivants ont été utilisés : pubmed, google scholar, Iris et Hinari.

### **IX .2. Observation directe**

Selon les termes de Paugam (2010:145) « l'observation *directe* est une méthode essentielle pour donner accès à ce qui se cache, retracer l'enchaînement des actions et des interactions, ou encore saisir ce qui ne se dit pas ou « ce qui va sans dire ». L'observation peut être définie selon Loubet (2000 : 37) comme la considération attentive des faits afin de les mieux connaître et de collecter des informations à leur propos. Pour bien percevoir les dynamiques institutionnelles et logiques communautaires face à la lutte contre la dracunculose, il a été élaboré une grille d'observation. Le recours à cette technique vivante a permis d'observer attentivement du 13 novembre 2019 au 18 janvier 2020 dans les régions du Moyen Chari, du Mayo kebbi-Est, du Chari Baguirmi et Salamat, les faits, les signes et les gestes susceptibles de produire toutes les informations adéquates en rapport direct avec la lutte contre le ver de Guinée. En effet, cette technique a permis d'observer les points d'eau au sein des ménages ou communautés visités, les canaux utilisés pour les messages de



sensibilisation, les systèmes de récompenses instaurées dans la lutte contre le ver de Guinée. Observer et décrire les structures d'accueil des malades, le traitement des mares à l'Abate pour neutraliser les copépodes. Cette technique a été possible grâce à l'élaboration d'une grille d'observation. Il a été utilisé six (6) fiches d'observations.

### **IX.3. Entretien**

L'entretien est un mode d'investigation basé sur une communication verbale et un but précis. Loubet (2000 :71) souligne que :

*L'entretien ou interview est, dans les sciences sociales, le type de relation interpersonnelle que le chercheur organise avec les personnes dont il attend des informations en rapport avec le phénomène qu'il étudie. D'une autre manière, c'est la situation au cours de laquelle un chercheur, l'enquêteur, essaie d'obtenir d'un sujet, l'enquêté, des informations détenues par ce dernier, que ces informations résultent d'une connaissance, d'une expérience ou qu'elles soient la manifestation d'une opinion.*

Il a été utilisé dans la présente recherche l'entretien semi-directif afin de permettre aux enquêtés de s'exprimer librement. Cette technique de collecte a permis d'être en contact direct avec les acteurs du PNEVG, les partenaires (Centre Carter, OMS), les associations intervenant dans la lutte contre la dracunculose, les mobilisateurs sociaux, les agents de santé communautaires, les leaders communautaires, les religieux, les promoteurs des radios communautaires, les anciens et les nouveaux malades du ver de Guinée. Elle a servi à obtenir des informations sur les causes de la persistance du ver de Guinée au Tchad, la politique sanitaire en lien direct avec cette maladie, les stratégies de dépistage et contrôle mises en place, la situation épidémiologique de la dracunculose au Tchad, les difficultés et les obstacles du PNEVG au niveau national et communautaire, les stratégies et moyens de communication (sensibilisation des malades, des soignants, des communautés) sur les questions de la dracunculose, les stratégies ou moyens de contrôle, les représentations et constructions sociales mais également les trajectoires thérapeutiques. Cette technique a été effective grâce à l'utilisation d'un guide d'entretien.

### **IX.4. Groupe de discussion**

Le groupe de discussion est une technique privilégiée dans les enquêtes qualitatives. D'après Touboul (1992 : 1) :

*L'entretien collectif permet de donner plus de poids aux critiques que dans les entretiens individuels. Cette méthode de recueil de données permet*

*d'évaluer par exemple les expériences, les besoins, les attentes, les représentations des participants. Elle permet aussi de mieux comprendre la manière dont les patients perçoivent la réalité de la maladie, comment et pourquoi ils adoptent certains comportements.*

En effet, le but général du groupe de travail dirigé est d'avoir de façon délibérée les attitudes et les opinions des personnes par rapport à un thème ou un sujet bien déterminé. Dans le cadre de cette étude, il a été réalisé six (6) focus group de 08 personnes et six (6) rencontres communautaires de 30 personnes dans 4 régions endémiques (Moyen Chari, Mayo kebbi-Est, Chari Baguirmi et Salamat) avec les divers acteurs impliqués dans la lutte contre le ver de Guinée à savoir les agents de santé communautaire, les populations vivant dans les villages endémiques, les leaders communautaires, les religieux, les promoteurs des radios communautaires, les anciens et nouveaux malades du ver de Guinée. Les thèmes abordés lors de ces différentes rencontres ont porté sur la connaissance du ver de Guinée, ses causes, ses signes et ses symptômes, sa transmission, ses conséquences, le système de récompense et les modes de prévention.

### **IX.5. Récits de vie**

Le terme récit de vie désigne la production orale d'une personne (appelée « narrateur » ou « narratrice »), à partir d'une sélection d'évènements vécus au cours de son existence. Cette production langagière s'effectue à l'occasion d'un échange avec un ou plusieurs interlocuteurs (le ou les narrataires) dans une situation contextuelle donnée. L'usage du récit de vie ouvre ainsi à des utilisations très diverses pouvant aller des pratiques courantes de la conversation ordinaire à des dispositifs d'analyse et de sens. Le récit de vie raconte l'histoire de la vie d'une personne. Ce type d'entretien, qui prend plus largement place dans ce que l'on qualifie la « méthode biographique », est un type d'entretien particulier puisqu'il est demandé à quelqu'un de se remémorer sa vie et de raconter son expérience propre. L'intérêt sociologique du récit de vie réside en effet dans cet ancrage subjectif : il s'agit de saisir les logiques d'action selon le sens même que l'acteur confère à sa trajectoire. Loin de singulariser les cas, la méthode du récit de vie permet de situer le réseau dans lequel le narrateur se positionne et d'inscrire les phénomènes sociaux dans un enchaînement de causes et d'effets (Pruvost, 2011).

La collecte de données par le choix des cas (qu'il soit simple ou multiple) est toujours riche sur le plan socio-anthropologique car elle souligne le caractère dynamique et varié de la réalité sociale. Les études des cas constituent une technique qui a été utilisée pour extrapoler

les expériences vécues par les personnes ou familles ayant connu un cas de dracunculose. Ils déboucheront sur quelques récits de vie qui ont permis de comprendre spécifiquement certaines expériences individuelles ou des familles au sujet de leurs croyances étiologiques, de leur vécu ou trajectoire thérapeutique. Ces cas sont des malades ou d'anciens malades de la dracunculose ; ou encore des personnes en communautés ayant vécu des expériences particulières en relation avec la lutte contre la dracunculose. En effet, le recours à cette technique a permis de capitaliser des données probantes à travers des riches témoignages des anciens et nouveaux malades dans les différents sites parcourus.

## **X. TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES QUANTITATIVES**

### **X.1. Questionnaire**

Le questionnaire est l'une des techniques de collecte qui permet de recueillir des informations auprès d'individus cibles et de les analyser, dans le cadre d'une étude quantitative. Pour la réalisation de la présente thèse, le questionnaire a été administré directement à un échantillon représentatif de 769 individus qui ont été sélectionnés aléatoirement sur le terrain à partir de la population mère. L'utilisation de cette technique a permis de collecter simultanément dans les villages endémiques de dracunculose, plusieurs informations portant sur le profil sociodémographique des personnes enquêtées, les connaissances et croyances locales sur le ver de Guinée, ses causes, sa transmission et ses manifestations, les connaissances locales des différentes actions de promotion de l'hygiène individuelle et environnementale pouvant éviter le ver de Guinée, les trajectoires thérapeutiques des malades de la dracunculose, la prise en charge thérapeutique et vécu du traitement des malades du ver de Guinée. Il est à noter que les informations obtenues à partir de cette technique d'enquête ont permis de construire des histogrammes et des tableaux.

### **X.2. Echantillonnage**

Il s'agit de présenter d'après N'da (2015), les personnes ou les choses (par leurs caractéristiques) qui détiennent les données à obtenir pour résoudre le problème en question. L'effectif de la population de quatre (4) régions considérées comme zone d'étude est estimé à 2785269 habitants en 2015 selon la projection démographique régionale 2009-2050 de l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques (INSEED) intervenue à la date du 22 Octobre 2009. La population malade est estimée à 15.356 personnes, toute catégorie confondue. Le volet quantitatif de l'étude a pris en compte un échantillon d'environ 769 selon le tableau ci-après :

### X.3. Echantillonnage pour le volet quantitatif de l'étude

Le volet quantitatif de la thèse a pris en compte 769 ménages répartis dans 23 villages endémiques du ver de Guinée.

**Tableau n° 1 : Echantillon**

Région	Population totale	Population malade <sup>3</sup>	Pourcentage %	Echantillon	Villages d'enquête
<b>Chari-Baguirmi</b>	711767	6363	5%	318	N'Djamena Bousso Nguerbéti Bousso centre Baingara Djoballa Moursal Dirici Matabono Tawan Marba Ngargué Ngara
<b>Mayo kebbi-Est</b>	960 301	1183	5%	59	Médégué Kakalé Mbeuri
<b>Moyen chari</b>	735 687	5310	5%	265	Dangalakanyan Marabé1 Marabé2 Marabodoukouya Oulboye Héllibongo Doguigui

<sup>3</sup> L'utilisation du terme populations malades dans le tableau ci-dessus prend en compte les données fournies par les RCS et MCD des zones endémiques du ver de Guinée.

					Gentille
<b>Salamat</b>	377 514	2500	5%	125	Bogam Liwi
<b>Total :</b>	<b>2. 785. 269</b>	<b>15. 356</b>	5%	<b>769</b>	

**Source : Enquête de terrain, 2019**

Le nombre de personne faisant partie de la population malade dans le tableau ci-dessus date du mois d'août 2019 selon le rapport à mi-parcours des activités du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée. Ce nombre prend en compte tous les cas confirmés et les rumeurs humains de la même période. Selon le Programme, un cas de ver de Guinée est défini comme toute personne qui a eu une ou plusieurs lésions où un ver de Guinée a émergé (chaque individu ne doit être compté qu'une seule fois au cours d'une année civile, indépendamment du nombre de vers qu'il aurait eu au cours de cette année). Une rumeur de ver de Guinée est un cas présumé de ver de Guinée basé sur des informations obtenues à partir de n'importe quelle source et présentant un ou plusieurs signes du ver de Guinée : démangeaison, brûlure, gonflement, douleur, ampoule et plaie.

**Tableau n° 2 : Répartition des répondants selon le sexe**

		<b>Sexe</b>			
		<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Pourcentage valide</b>	<b>Pourcentage cumulé</b>
Valide	Masculin	367	47,7	47,7	47,7
	Féminin	402	52,3	52,3	52,3
	Total	769	100,0	100,0	100,0

#### **X. 4. Echantillonnage pour le volet qualitatif de l'étude**

Dans le volet qualitatif de la présente thèse, le principe de saturation a été pris en compte dans la limitation des échantillons, il importe néanmoins de souligner qu'il a été réalisé 100 entretiens individuels suivis des rencontres communautaires.

**Tableau n° 3 : Distribution de l'échantillon qualitatif selon la population d'étude**

Niveau d'interaction	Acteurs ciblés	Sites d'enquête	Nom bre	Techniques de collecte
<b>Au niveau central (Acteurs stratégiques)</b>	Acteurs du PNEVG	N'Djamena	02	ESS <sup>4</sup>
	Acteurs du Centre Carter	N'Djamena	01	ESS
	Acteurs de l'OMS	N'Djamena	01	ESS
	Agents du MINSANTE	N'Djamena	02	ESS
	Ministère de la pêche	N'Djamena	01	ESS
<b>Au niveau intermédiaire</b>	Acteurs du PNEVG des régions où sévit la dracunculose	Moyen-Chari, Chari Baguirmi, Salamat	15	ESS
	Acteurs du Centre Carter	Moyen-Chari, Salamat, Chari Baguirmi, Mayo-kebbi-Est	10	ESS
	Points focaux de l'unité C4D des régions où sévit la dracunculose	Sarh et Am-timan	02	ESS
	Points focaux WASH des régions où sévit la dracunculose	Moyen-Chari, Salamat, Chari Baguirmi, Mayo-kebbi-Est	01	ESS
	Ministère de la pêche	Moyen-Chari, Salamat, Chari Baguirmi, Mayo-kebbi-Est	02	
<b>Au niveau périphérique</b>	Points focaux C4D mobilisés dans les districts où sévit la maladie	Sarh, Am-timan,	04	ESS
	Points focaux WASH des régions où sévit la dracunculose	Moyen-Chari, Salamat, Chari Baguirmi, Mayo-kebbi-Est	01	
	Agents de santé villageois ( ASV)	Moyen-Chari, Salamat, Chari Baguirmi, Mayo-kebbi-Est	20	FGD <sup>5</sup>
	Associations intervenant dans la lutte contre la dracunculose.....	Bouso, Guelendeng et Bongor	05	FGD
	Radios communautaires faisant œuvre de la C4D	Bouso, Bongor et Sarh	03	ESS
	Anciens malades de la dracunculose	Salamat, Chari Baguirmi, Moyen Chari et Mayo kebbi-Est	15	ESS
	Prestataires de soins et chefs des centres de santé des zones de la dracunculose	Moyen-Chari, Salamat et Chari Baguirmi	15	ESS
<b>Total</b>			<b>100</b>	

**Source : Enquête de terrain, 2019 ; 2020**

### **X.5. Analyse des données**

Pour le volet qualitatif, la réalisation des transcriptions littérales recueillies sur le terrain par le biais d'un dictaphone a été faite. Les données primaires qualitatives étaient généralement très abondantes. Notre défi a été de les classer, les ranger. Ces étapes sont des préalables indispensables à l'analyse de contenu des données qualitatives. Cette analyse de

<sup>4</sup> Entretien Semi-Structuré (ESS)

<sup>5</sup> Focus group discussion

contenu a permis de donner « sens » aux perceptions des personnes interrogées ou encore mieux d'aller au-delà du voile des apparences pour saisir en profondeur ce que les statistiques ne font que constater. Pour compléter donc les données secondaires issues de la revue documentaire, les données qualitatives collectées à partir des entretiens et des focus group, des récits de vie ont été exploitées.<sup>6</sup> Une analyse thématique a été faite par sites d'abord, avant qu'on ne procède à une analyse transversale pour toutes les régions tout en mettant en exergue les spécificités de chaque région.

Par ailleurs, les données statistiques issues du volet quantitatif de l'enquête ont été traitées et analysées avec le logiciel SPSS (prévalences et moyennes). Les données documentaires et celles issues du traitement des questionnaires ont été ainsi mobilisées pour compléter les données primaires issues des entretiens. La triangulation de ces données de différentes sources a permis de mieux appréhender en profondeur les aspects de la recherche.

## XI. DEFINITION DES CONCEPTS OPERATOIRES

Durkheim (2002 : 34) souligne que « *toute investigation scientifique porte sur un groupe déterminé de phénomènes qui répondent à une même définition. La première démarche du sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache et qu'il s'agit bien de quoi il est question* ». Dans la présente thèse, les concepts suivants ont été définis : dépistage, contrôle, prise en charge, dracunculose, dynamiques institutionnelles et logiques communautaires.

✓ **Dépistage** : ensemble d'examens et de tests effectués au sein d'une population apparemment saine afin de repérer une affection latente à un stade précoce. Les tests de dépistage doivent théoriquement avoir une sensibilité (proportion de tests positifs parmi les sujets malades) et une spécificité (proportion de tests négatifs parmi les sujets non malades) élevés (Huas, 2016). Ces examens, selon Téssier *et al.*, (2004 :18), peuvent donner une image de l'état de santé de la population, au travers de certaines classes d'âges et /ou regroupements socio-économiques. Insistant sur la qualité d'un dépistage, ils ont démontré que :

*La mise en place d'un test de dépistage généralisé exige que celui-ci réponde à deux conditions. Etre d'une bonne sensibilité, c'est-à-dire être capable de dépister un maximum de cas de la pathologie visée, au mieux de n'en laisser passer aucun. Etre spécifique, c'est-à-dire ne dépister que des vrais cas de la pathologie visée et ne pas faire passer pour malade des personnes indemnes. (Téssier et al., 2004 : 48).*

---

<sup>6</sup> Les données enregistrées sur le terrain à travers les magnétophones ont été retranscrites par deux sociologues et un infirmier diplômé d'Etat.

Il est à retenir que la définition proposée par Huas (2016) est mise en exergue durant la rédaction de la thèse. En tant que sociologue, notre rôle ne consiste pas à mener des dépistages mais à analyser par exemple les attitudes, pratiques et comportements des acteurs face aux dépistages ; ou même à analyser la disponibilité des kits de dépistage auprès des formations sanitaires ou des prestataires.

✓ **Contrôle** : désigne le suivi des activités visant à garantir leur conformité aux préconisations de départ et à corriger tout écart trop important. Selon Bernardie et *al.*, (2017), la notion de contrôle est apparue dans les années 60 au sein des entreprises puis s'est étendue aux hôpitaux. A l'Hôpital, la fonction contrôle garantit la qualité et la sécurité des soins, et favorise l'obtention de repères généraux théoriques pour aborder des situations sans cesse différentes. Selon le dictionnaire médical, le mot contrôle signifie l'examen pour surveiller ou vérifier. Cette dernière définition sera développée dans le cadre de la présente recherche.

✓ **Prise en charge** : la prise en charge comprend un volet médico-social à savoir : les soins médicaux (médicamenteux, non médicamenteux), les aménagements de l'environnement (habitat, espaces publics, espaces de circulation), la formation de la personne atteinte de maladie chronique via l'éducation thérapeutique, l'accompagnement, la surveillance et le suivi médicaux de la personne atteinte de maladie.<sup>7</sup> Mais elle comprend aussi un volet socio-économique tel que : l'aide au maintien de l'insertion professionnelle, l'insertion sociale, l'aide au maintien de l'autonomie et de la dignité, l'aide financière. Globalement, la prise en charge peut aussi intégrer les questions d'accessibilité géographique, économique et socio-culturelle. Il est à préciser que l'utilisation des termes prise en charge dans la présente thèse désigne l'ensemble des différentes formes d'assistance notamment financière, matérielle et morale mises en place par le gouvernement à travers le programme pour aider les personnes malades de dracunculose à recouvrer la santé.

✓ **Dracunculose (Ver de Guinée)** : selon l'OMS, la dracunculose (communément connue sous le nom de maladie du Ver de Guinée) est une maladie parasitaire invalidante provoquée par *Dracunculus medinensis*. Ce long ver filiforme est exclusivement transmis par l'ingestion d'eau stagnante contaminée par des puces d'eau parasitées (OMS, 2018 : 175). La maladie du ver de Guinée touche essentiellement les populations des zones rurales, dépourvues d'eau potable. Il n'y a ni traitement curatif, ni vaccin contre le ver de Guinée. Mais il existe des mesures de prévention très efficaces, et très simples, pour éviter d'attraper la maladie (PNEVG, 2018 : 3). D'après Coulibaly, l'impact social de la dracunculose du ver

---

<sup>7</sup> Une attention particulièrement a été accordée à ces éléments (les soins médicaux (médicamenteux, non médicamenteux), les aménagements de l'environnement (habitat, espaces publics, espaces de circulation) durant la rédaction de cette thèse.



de Guinée est principalement attribuable à l'incapacité provisoire subie par le patient, qui est renforcée par le modèle saisonnier et l'émergence du ver atteignant souvent le maximum aux périodes agricoles de l'année où le travail est maximal. Le peuple Dogon du Mali se réfère à l'infection comme « *maladie du grenier vide* » (Aboubacar, 2004 : 20 ). La maladie du ver de Guinée dure en moyenne deux semaines et se caractérise par l'apparition de signes suivants chez la personne infectée : démangeaison, brûlure, gonflement, douleur, ampoule et plaie. Le gonflement, l'ampoule et la plaie sont les signes les plus distinctifs de la maladie du ver de Guinée chez les animaux (PNEVG : 2018).

✓ **Dynamiques institutionnelles** : ensemble des forces d'organisation sociale orientées vers un développement, une expansion. La dynamique institutionnelle permet de mobiliser et relier plusieurs compétences portées par des personnes ou des services différents. C'est la seule manière d'être sûr qu'on s'est compris et qu'on est bien d'accord, parce que les traces qu'on laisse sont les seules manifestations tangibles qui attestent de l'existence du collectif. (Associations, 2012 :14-25). Dans le cadre de la présente thèse, les dynamiques institutionnelles désignent aussi l'ensemble des actions et des stratégies définies et coordonnées par l'Etat tchadien à travers le Programme National d'Eradication de Ver de Guinée et les partenaires (nationaux et internationaux), dans le but de lutter contre la dracunculose. Elles renvoient donc aux réponses nationales et internationales, aux dynamiques « *du dehors* » et « *du dedans* » construites pour éradiquer la dracunculose. La création du programme national de lutte contre le ver de Guinée relève par exemple d'une dynamique institutionnelle « *du dedans* » alors que les politiques d'aide de l'OMS, du Centre Carter ou de l'OCEAC relèvent des dynamiques « *du dehors* ».

✓ **Logiques communautaires** : le concept « *logique* » peut intégrer par exemple l'art de penser qui comprend les quatre (4) opérations principales de la pensée : concevoir, juger, raisonner, ordonner. La logique peut laisser également voir un raisonnement admis, correct, valide, qui s'accorde avec certaines règles ou normes du raisonnement ; aux règles de la conduite, aux normes morales. Ce sont des impératifs ou des prescriptions imaginaires, collectives sur lesquels les acteurs sociaux modèlent leurs attitudes et comportements, etc. Une logique communautaire renvoie à un ensemble de principes propres à une communauté dont toute tentative de dislocation entraîne inéluctablement un dysfonctionnement de ladite communauté. La mise en exergue du terme logiques communautaires dans cette thèse permet d'expliquer d'une part, le refus ou encore la négligence des populations sensibilisées mais qui ne s'approprient pas de la lutte contre le ver de Guinée et développent des pratiques en contradiction avec les consignes données à

travers les messages de sensibilisation par les agents déployés sur le terrain et d'autre part, la non prise en compte de la logique communautaire de la manière globale dans la lutte contre le ver de Guinée par les acteurs institutionnels. Portant, l'organisation communautaire permet au réseau de la santé et des services sociaux de mieux contribuer à la promotion de la santé en redonnant du pouvoir aux communautés et en reconnaissant qu'elles sont capables d'identifier leurs besoins et de déterminer leurs actions.

## XII. MODELE D'ANALYSE DE LA THESE

Le modèle d'analyse « constitue le prolongement de la problématique en articulant sous une forme opérationnelle les repères et les pistes qui seront finalement retenus pour présider au travail d'observation et d'analyse » (Quivy et Campenhoundt : 1995, 150). Autrement dit, il s'agit dans ce travail de préciser l'orientation qu'il faut donner au concepts clés de l'étude. La recherche porte sur « *Dépistage, contrôle et prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad : une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et logiques communautaires* ». Il a été pris dans ce modèle d'analyse les indicateurs percutants et objectifs du contexte de la recherche pour en ressortir les facteurs réels qui influencent l'éradication du ver de Guinée au Tchad.

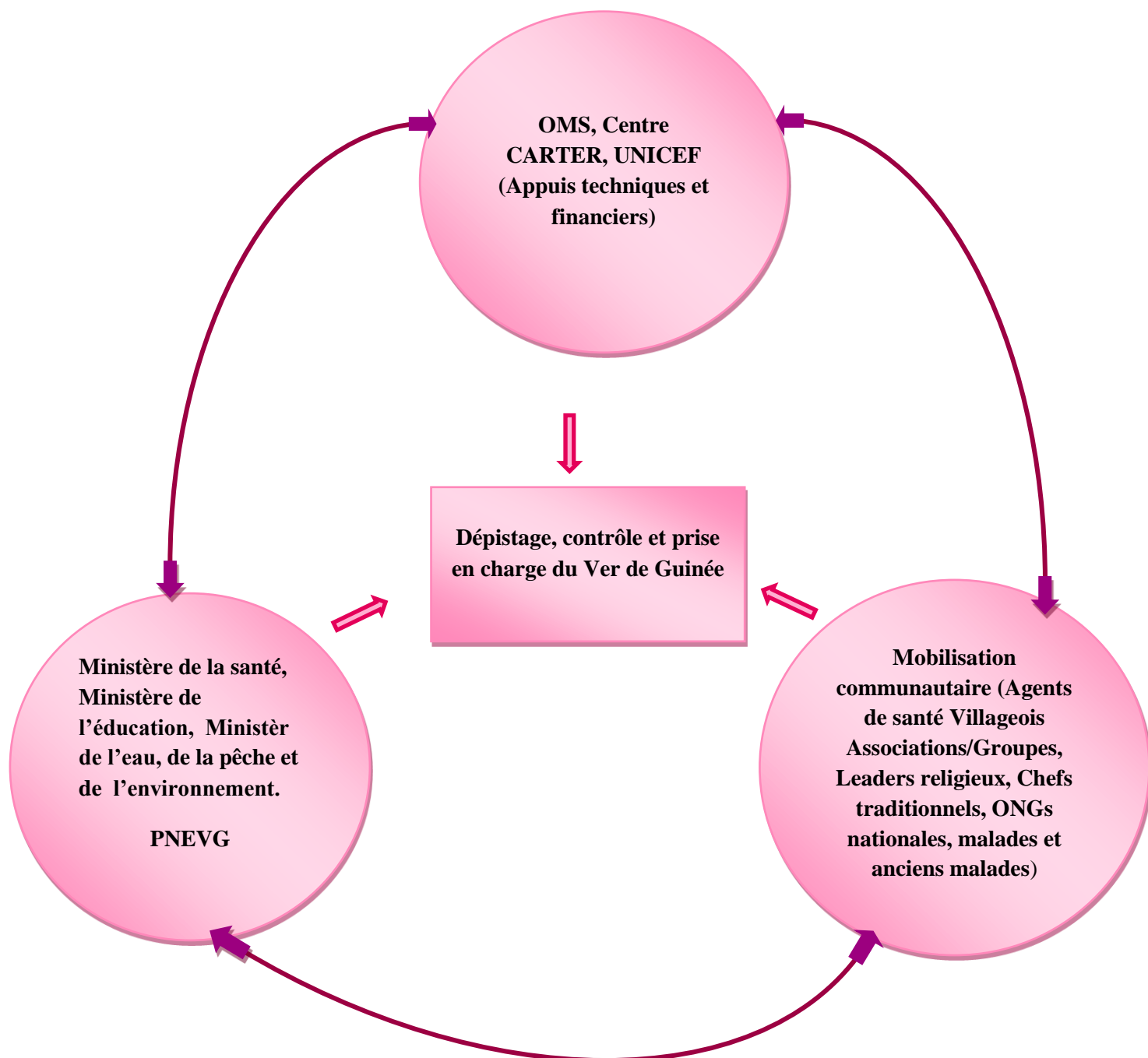
**Tableau n° 4 : Modèle d'analyse de la thèse**

Concepts	Composantes	Indicateurs
Dynamiques institutionnelles	Mobilisation et structuration des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication du PNEVG</li> <li>- Implications des Ministères (Action sociale, Eau et environnement, Education, Enseignement supérieur...)</li> <li>- Implication des partenaires internationaux (Centre Carter, OMS, UNICEF...)</li> <li>- Implication des ONGs locales...</li> </ul>
	Mobilisations communautaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leaders religieux ;</li> <li>- Chefs traditionnels ;</li> <li>- Associations, groupements ;</li> <li>- Agents de santé communautaires</li> <li>- Groupes sportif.</li> </ul>
Logiques communautaires	les facteurs socioculturels des communautés rurales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Détachement nocturne des chiens et chats par les communautés ;</li> <li>- Consommation des mares sans filtrer ni chauffer par les communautés rurales ;</li> <li>- Le refus d'enterrer les boyaux de poissons.</li> </ul>

**Source : Mbaihondoum, 2019**

### Schéma n° 1 : Acteurs institutionnels et communautaires

Pour éradiquer le ver de Guinée au Tchad, l'idéal est de prendre en compte les éléments suivants : mobilisations et implications des acteurs (institutionnels, communautaires, associatifs et religieux...) à tous les niveaux, intégrer les facteurs et déterminants socioculturels des communautés rurales qui influencent la lutte contre le ver de Guinée au Tchad.



Source : Mbahondoum, 2019

### XIII. CONSIDERATIONS ETHIQUES

D'après l'OMS (2003 :149) :

*Tout projet de recherche impliquant des sujets humains doit être précédé d'une évaluation pondérée des risques prévisibles au regard des bénéfices escomptés pour le sujet ou pour des tiers. Le souci des intérêts du sujet doit toujours prévaloir sur les intérêts de la science et de la société.*

Cette exigence de l'OMS situe le chercheur au cœur des questions d'éthique que peut engager sa recherche. Il doit ainsi en être conscient et bien les préciser. La recherche de terrain de la présente thèse s'intéresse aux comportements des acteurs sociaux. Elle n'intègre pas une manipulation clinique des échantillons au laboratoire. Sur le plan éthique, elle ne met en danger aucune vie humaine ou animale. Le protocole de recherche a été approuvé par le Comité national de Bioéthique du Tchad ; n ° 175 / PR / MESRI / SG / CNBT / 2019 du 10/09/2019.

En plus de la clairance éthique, il a été sollicité trois autres autorisations de recherche : une première de l'Université de Yaoundé I au Cameroun, une deuxième du Ministère de la santé du Tchad, une troisième du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée. La collecte des données de terrain a pris en compte les exigences de participation libre, de confidentialité et d'anonymat. Les aspects et sensibilités culturelles ont été pris en compte et respectés. Toutes les personnes contactées ont été informées de l'objectif de l'étude et de sa finalité, et une autorisation préalable a été requise oralement pour assurer la participation volontaire et en cas de besoin, l'autorisation d'enregistrement, de prise des images. En toutes circonstances, la confidentialité des informations fournies par différentes sources, autres que les sources d'accessibilité générale et publique ont été assurées. Les sources des données, l'évidence, la chaîne logique des conclusions ont été soigneusement vérifiées par des systèmes de contrôle systématiques et objectifs (triangulation ou croisement de sources).

#### **XIV. PLAN DE REDACTION**

Le contenu de la présente thèse est structuré en trois (3) parties avec chacune deux (2) chapitres. Après l'introduction générale, la première partie est intitulée ré-émergence des maladies tropicales négligées (cas du ver de Guinée) et ripostes nationales et internationales. Elle est constituée de deux chapitres à savoir : la ré-émergence du ver de Guinée : analyse historique et situationnelle de son épidémiologie en contextes global/international et local (chapitre 1) et les ripostes institutionnelles, nationales et internationales de lutte contre le ver de Guinée (chapitre 2).

La deuxième partie porte sur les représentations sociales de la maladie et les itinéraires thérapeutiques des malades du ver de Guinée au Tchad. Elle questionne les connaissances, les attitudes et les pratiques d'hygiène et assainissement chez les populations des zones endémiques de la dracunculose (chapitre 3). Elle prend aussi en compte les croyances sociales, le vécu de la maladie et les itinéraires thérapeutiques des malades et familles (chapitre 4).

La dernière partie est articulée autour des dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires face à la dracunculose. Elle met un accent sur une analyse sociocritique. Elle présente les données relatives à l'engagement communautaire et à la lutte contre le ver de Guinée en questionnant les réalités et les dysfonctionnements (chapitre 5). Les contraintes à l'éradication du ver de Guinée et résiliences des communautés/malades sont discutées et analysées dans le chapitre 6. Une conclusion générale boucle évidemment la thèse.

**PREMIERE PARTIE**  
**RE-EMERGENCE DES MALADIES TROPICALES NEGLIGEEES**  
**( CAS DU VER DE GUINEE ) ET RIPOSTES NATIONALES ET**  
**INTERNATIONALES**

*« On dépense des millions chaque année dans des programmes [nationaux] d'éducation sanitaire qui visent à prévenir les maladies [tropicales négligées] contagieuses encore mal contrôlées par les antibiotiques, les vaccins et autres prophylaxies » (Caprara 2000 : 12)*

Aborder la problématique relative au dépistage et à la prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad, exige de mettre un accent sur les maladies tropicales négligées de manière globale. Celles-ci sont un groupe de maladies transmissibles qui sévissent dans les pays pauvres, qui perturbent la vie d'environ un milliard de personnes dans le monde. La première partie de la présente thèse questionne la ré-émergence des maladies tropicales négligées tout en mettant un accent particulier sur la maladie du ver de Guinée au Tchad. Elle a tenté d'identifier les causes, les symptômes et les manifestations biomédicales du ver de Guinée mais aussi la situation historique et actuelle de cette endémie à travers le monde. Il a été également question de comprendre les stratégies des pays ayant éradiqué le ver de Guinée. Cette première partie s'est intéressée aux ripostes insitutionnelles, nationales et internationales face au ver de Guinée. Les raisons de la création du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée et les normes ou recommandations de l'OMS en matière de lutte contre celle-ci sont traitées dans ce chapitre.

# **CHAPITRE I : RÉ-ÉMERGENCE DU VER DE GUINÉE : ANALYSE HISTORIQUE ET SITUATIONNELLE DE SON ÉPIDÉMIOLOGIE EN CONTEXTES GLOBAL / INTERNATIONAL ET LOCAL**

Dans ce premier chapitre, il est mis en exergue les causes, les symptômes et manifestations de la dracunculose. D'abord un état des lieux de la situation épidémiologique de cette endémie à travers le monde a été fait. Le lien entre les infections animales et cas humains n'a pas été perdu de vue. Ce chapitre a essayé de comprendre la situation historique et actuelle du ver de Guinée au Tchad. Ensuite, les facteurs de risques et de vulnérabilités favorisant la recrudescence de cas dans les différentes zones endémiques ont fait également l'objet d'une analyse approfondie. Les relations entre les mobilités humaines et la propagation du ver de Guinée ont été clairement cernées. Enfin, une conclusion partielle a bouclé ce premier chapitre.

## **I.1 Causes, symptômes et manifestations biomédicales du ver de Guinée**

### **I.1.1 Causes du ver de Guinée**

Maladie parasitaire invalidante, la dracunculose (communément connue sous le nom de maladie du ver de Guinée) touche essentiellement les populations des zones rurales dépourvues d'eau potable. En effet, la dracunculose est exclusivement transmise par l'ingestion d'eau stagnante contaminée par des puces d'eau parasitées. Lorsqu'une personne boit de l'eau contenant des Cyclops infectés (hôtes intermédiaires de *Dracunculus medinensis*), les larves du parasite sont libérées, puis migrent à travers la paroi intestinale pour aller se développer dans les tissus. Au bout d'un an environ, le ver femelle émerge, habituellement au niveau du pied du patient, et libère des milliers de larves dans l'eau, initiant ainsi un nouveau cycle (OMS : 1996 ; 2010).

Mungo Park (fin du XV<sup>e</sup> siècle) remarque sa grande fréquence en début de saison des pluies, en certains endroits où les autochtones l'attribuent à la mauvaise qualité des eaux qui proviennent des puits traditionnels. René Caillié, en 1828, fait état d'une forte prévalence à Tombouctou. Linné décrit la femelle en 1758 et Fedchenko le cycle parasitaire en 1871.

L'insalubrité de l'eau, le manque d'accès aux services de santé, les mauvaises conditions de logement et d'assainissement et la malnutrition augmentent la vulnérabilité à ces infections. Spécifiquement au Tchad, la maladie du ver de Guinée se transmet aussi par la



consommation de poissons mal-cuits contaminés. Cette épidémiologie incluant l'hôte parénétiq ue qu'est le poisson ou autre animal aquatique donne au Tchad la particularité d'enregistrer des infections de ver de Guinée chez les chiens et autres animaux domestiques se nourrissant des poissons non bien cuits et les entrailles de poissons. Le ver de Guinée est une maladie de la misère, de la pauvreté, de l'insalubrité comme illustre ce slogan « *Pauvres entre les pauvres : les victimes des maladies tropicales négligées* » (OMS : 2007). Intime compagne de la pauvreté, la dracunculose maintient aussi de grandes populations dans le dénuement. Elle a des effets fortement défavorables sur la santé, la production agricole et la fréquentation scolaire.

D'après l'OMS (2009) cité par Raouia (2010), environ 2,3 milliards de personnes souffrent de maladies liées à la qualité de l'eau telles que les gastro entérites (diarrhées), le choléra, la bilharziose (schistosomiase), la dracunculose. Renaud Piarroux (2015) souligne que, si l'eau est naturellement source de vie, l'eau non potable constitue la première cause de mortalité dans le monde et tue encore chaque année 5 millions de personnes. Les maladies liées à l'eau sont très variées. Elles comprennent tout d'abord les maladies acquises par l'ingestion d'eau non potable. C'est le mode de transmission de la plupart des maladies diarrhéiques, de certaines hépatites virales, de la fièvre typhoïde et de certaines infections par des vers parasites. Elles comprennent aussi des maladies liées au manque d'eau rendant impossible les pratiques d'hygiène de base. C'est le cas de nombreuses maladies diarrhéiques, mais aussi beaucoup d'infections cutanées et même des infections oculaires transmises par les mains sales. Il existe aussi des maladies liées à des vers parasites qui pénètrent au travers de la peau lors de baignades dans des eaux douces, ainsi que des maladies transmises par des moustiques utilisant les eaux stagnantes pour pondre et assurer leur descendance (paludisme, dengue, Chikungunya). Ndonkou (2016) a mis en exergue en contexte camerounais les déterminants des maladies hydriques. Il a fait savoir que dans les villages de Bangangté, les populations sont en contact permanent avec l'eau des rivières, des marigots dans leurs pratiques quotidiennes, ce qui les expose constamment aux maladies hydriques telles le choléra, la typhoïde, la dysenterie, l'onchocercose, la diarrhée. A partir de ces constats réels, il est important de souligner que les maladies d'origines hydriques sévissent de manière permanente et constituent un problème de santé publique. La photo suivante illustre une mare d'eau manifestement très polluante mais qui reste la seule source de consommation en eau dans le village Bogam où sévit le ver de Guinée.

**Photo n°1 : Eau de mare ( Birka Bogam) consommée en milieu rural à Bogam  
(Aboudéïa)**



**Source : Enquête de terrain, 2020**

La photo N° 1 ci-dessus montre une femme qui puise l'eau de mare communément appelée « *Birka Bogam* » en langue Toram dans le village Bogam. Il est à préciser que Bogam est situé dans le département d'Aboudéïa, région du salamat. Le village compte 98 ménages mais ne dispose d'aucune source d'eau potable, ni centre de santé, encore moins un centre éducatif. Il existe seulement trois (3) sources d'eau non potable, « *les mares* » notamment : « *Birka Bogam* », « *Kokoro* » et « *Rasalfil* » pour toute la population. La consommation de ces mares par les populations a causé l'apparition de la maladie du ver de Guinée pour la première fois dans ce village méconnu par les agents de lutte contre le ver de Guinée. Il a été enregistré 22 cas de ver de Guinée en 2019 à Bogam dans divers ménages.

Photo n° 2 : Cycle évolutif du ver de Guinée



Source : PNEVG , 2019

Il ressort de la photo n° 2 ci-dessus les différentes étapes de transmission de la maladie du ver de Guinée. La photo montre clairement que l'Homme attrape le ver de Guinée en consommant de l'eau infestée contenant des larves du ver de Guinée. Les animaux notamment chiens et chats attrapent le ver de Guinée en mangeant les boyaux du poisson qui, eux-mêmes contiennent des larves du ver de Guinée. Il est à souligner que :

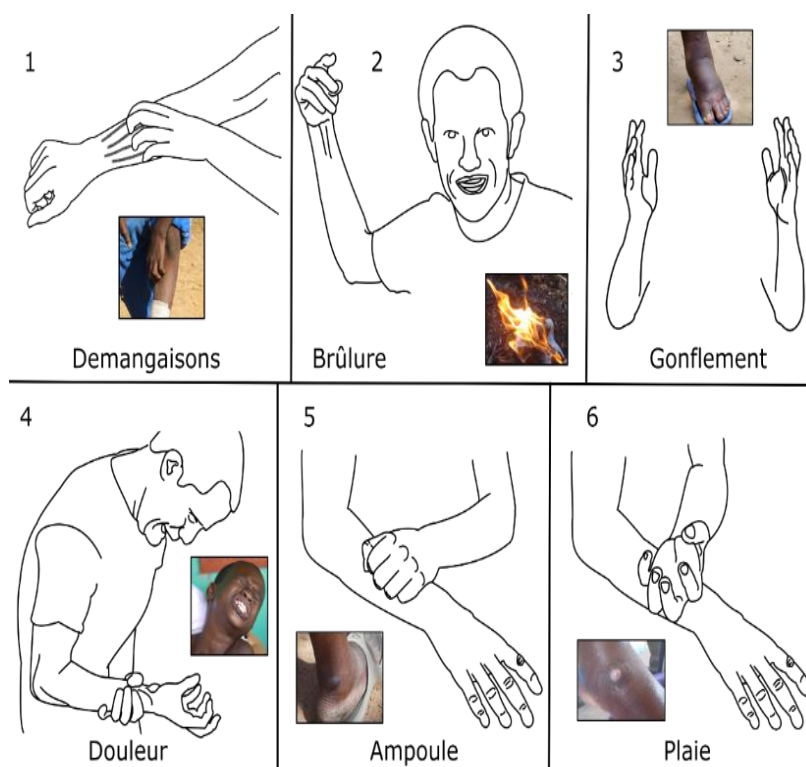
*L'émergence permet au ver femelle de libérer des centaines de milliers de larves dans une mare d'eau douce. Au contact de l'eau fraîche, l'ampoule sur une jambe ou une autre partie du corps qui contient un ver mature crève et les larves pénètrent dans l'eau où elles sont ingérées par un copépode, le cyclope, qu'on appelle également "puce d'eau". Ces copépodes qui séjournent un peu partout dans les mares d'eau douce sont à peine visibles à l'œil nu lorsqu'on présente un récipient rempli d'eau à la lumière (OMS 1990 : 2 ;3).*

### I.1.2. Symptômes et manifestations

Au titre de rappel, le cycle de la maladie du ver de Guinée commence avec l'eau contenant de cyclopes infectés de larves de ver de Guinée. L'homme s'infecte soit en buvant de l'eau ou en consommant de poisson contenant de cyclopes infectés. En effet, les premiers

stades de la maladie ne présentent généralement pas de symptômes. Au bout d'une année (10 à 14 mois), le ver de Guinée adulte s'apprête à sortir du corps de l'homme ou de l'animal infecté. Une sensation de brûlure douloureuse apparaît lorsqu'une cloque se forme, habituellement sur les jambes. La cloque éclate ensuite et le ver sort au cours des semaines suivantes souvent aux membres inférieurs. La maladie du ver de Guinée se caractérise par l'apparition de signes suivants chez la personne infectée : démangeaison, brûlure, gonflement, douleur, ampoule et plaie. Il est à noter que, les signes et symptômes du ver de Guinée développés chez les animaux sont similaires à ceux observés chez les êtres humains. Dans la plupart de cas il s'agit d'une ampoule et une plaie fraîchement ouverte sur le corps avec grattement à l'endroit atteint. Dans certains cas, on peut observer que le chien boite ou se trouve dans une condition de malaise généralisé, alité avec peu de mouvements. Néanmoins, il est à retenir que le gonflement, l'ampoule et la plaie sur le corps sont les signes les plus distinctifs de la maladie du ver de Guinée chez les animaux. Les photos suivantes illustrent l'apparition de ver de guinée chez l'Homme et l'animal.

**Photo n° 3 : Manifestation de la maladie du ver de Guinée**



**Source : PNEVG, 2019**

Il ressort de l'image ci-dessus les six (6) étapes de la manifestation du ver de Guinée. La maladie du ver de Guinée dure en moyenne deux semaines et se caractérise par l'apparition de signes suivants chez la personne infectée : la démangeaison, la brûlure, gonflement, la douleur, l'ampoule et la plaie. Il est à préciser que les six (6) signes qui déterminent la manifestation du ver de Guinée permettent aux agents de terrain d'identifier simultanément les cas et infections mais aussi les rumeurs humaines et animales pendant les activités de recherche activies dans les zones endémiques.

**Tableau n° 5 : Symptômes du ver de Guinée**

No	Français	Foulbé	Boumou	Massa1 (Gyna)	Massa2 (Gyna)	Massa-karko
1	Démangeaisons	nyàayà	ririn-jim	Vyogonu	yogon	a-vyogo
2	Brûlure	wufem(hu pa) ba yiité	waar-jiin	Waranu	koi	a-subayko
3	Gonflement	houti	fu-jiin	Balanu	balia	a-hatla
4	Douleur	naawaan	zaoua-jiin	Bassanou	basano	a-kyskgogo
5	Ampoule	fouiré(gae mouré)	tootoaf-jiin	Holia	kai(vonain)	a-luulbo
6	Plaie	houdjé ni (fousi)	tunu-jin	Gii(lii)milii	mili	a-fumbelet

No	Gabri (subung)	Baguirm i (mudu)	Mousgou m (mini)	Sara (mini)	Haoussa	Bororo
1	Samyun	n djàyo	vyougogu	en doièn	soussa(kiki)	n yàayà
2	Solem toi	epeleugi	yougogu	a tourigai	za(p)fie	wulem(nupa ba yiité)
3	Sieyam (soo)	kubu	hàatla	a tii	ina coumbili	houti
4	Lungtuongwo	n kionye (nangla)	gousgu	a twi (arai)	ina zaapi (chio)	naawaan
5	hilimungo	lala	as a yem	a peleu	wuroji	fouiré(gae mouré)
6	ii-yaa	du	as a werig	a radeau	ya pashi	jondè

Source : PNEVG /T, 2010

#### Photo n° 4 : Apparition du ver de Guinée chez l'homme et l'animal



Source : PNEVG /T, 2019

Le ver de Guinée émerge habituellement chez l'Homme sur les membres inférieurs. Cependant, les différentes photos ci-dessus sont parlantes, elles montrent clairement d'autres parties aussi sensibles (organes génitaux, seins) dans lesquelles le ver est susceptible d'émerger chez les êtres humains tout comme animaux.

#### I.2. Situation historique du ver de Guinée à travers le monde

Connue depuis l'antiquité, la dracunculose porte plusieurs noms qui rappellent sa répartition géographique ou qui évoquent son aspect remarquable (dragonneau, filaire de Médine, ver des pharaons, fil d'Avicenne et, plus récemment, ver de Guinée). L'affection est mentionnée dans la littérature antique simultanément en Egypte et en Inde vers le XVe siècle avant J-C. La maladie et son traitement par extraction du ver sont décrits dans le papyrus d'Ebers datant de 1500 ans avant Jésus-Christ (Chippaux, 1994).

De par l'originalité de son cycle conduisant à l'issue spontanée du ver à la peau, cette parasitose a de tout temps frappé l'esprit des populations et fait l'objet de nombreux récits et gravures. Pour les auteurs classiques (Adamson : 1998 cité par Ndiaye : 2002), la dracunculose n'est pas considérée comme endémique en Egypte. Il s'agit alors de cas observés chez les voyageurs, commerçants et soldats ou esclaves qui viennent en Egypte et ou y retournent. Le dragonneau est également bien connu à Ninive au 7<sup>ème</sup> siècle avant Jésus-Christ. Le ver des pharaons est en effet, mentionné dans les premiers traités médicaux Assyriens que l'on fait au 7<sup>ème</sup> siècle avant Jésus-Christ. Sans que l'étiologie vermineuse soit

clairement énoncée, l'affection y est particulièrement bien décrite. Le mal siège au membre inférieur, le plus souvent au pied (Chippaux, 1994).

La dracunculose est donc bien connue avant l'ère contemporaine et a eu une large distribution dans le monde antique dès ses origines. Certaines légendes ou interprétations s'en sont trouvées confortées. Les serpents ardents qui déciment les Hébreux lors de l'Exode (Nombres : 21-5-9) sont généralement considérés comme l'expression d'une épidémie de dracunculose. À cette époque, la dracunculose devait, effectivement, être endémique autour de la mer Rouge. Pourtant, plusieurs arguments vont à l'encontre de cette thèse contestée à la fois par des auteurs classiques (Bartet : 1909) et modernes (Ben Hamran: 1959). La dracunculose n'est pas une maladie mortelle, contrairement à ce qu'affirme Bollet (1984), le plus chaud défenseur de cette thèse, qui se fonde sur une forte mortalité par surinfection. Aucun texte, ancien ou récent, n'évoque de mortalité élevée, malgré d'inévitables complications infectieuses.

De même, sa pénétration dans l'organisme donne lieu à bien des controverses. La plupart penchent pour la pénétration à travers les téguments. Beaucoup incriminent l'eau « corrompue » et certains, dès le XVI<sup>e</sup> siècle, pensent à une contamination par voie digestive. Celle-ci est démontrée par Fedchenko (1871). Quelques observateurs avisés proposent de judicieuses prophylaxies. La plus pertinente est, sans aucun doute, celle de Mgr de la Motte Lambert, évêque de Beyrouth, au XV<sup>e</sup> siècle. Traversant, lors d'un voyage missionnaire vers l'Extrême-Orient, le Laristan (province du Sud iranien), il postule que la dracunculose est transmise à l'homme par l'eau corrompue. Aussi conseille-t-il, pour éviter d'attraper ce ver, de ne boire que du vin, ou, si l'on doit boire de l'eau, de veiller soigneusement à la filtrer à travers un linge. Selon Adamson (1988) cité par Ndiaye (2002), avec le commerce triangulaire (à partir du 17<sup>e</sup> siècle) le ver de Guinée est redevenu d'actualité. De nombreuses descriptions cliniques sont faites chez les esclaves au cours de traversée ou après leur arrivée dans le monde nouveau. Cela permet d'affirmer que le ver de Guinée est endémique en Afrique de l'Ouest au 16<sup>e</sup> siècle.

A l'époque pré-colombienne, il semble que la dracunculose soit connue en Amérique et dans les Caraïbes. Le transport d'esclaves infectés est mentionné dès 1599 ( Hoeppli : 1969, cité par Ndiaye : 2002), et se poursuit jusqu'au 18<sup>e</sup> siècle.

Les esclaves qui arrivent du Golfe de Guinée sont fréquemment atteints et l'on peut identifier certaines régions plus particulièrement endémiques : Fort Mina (probablement Elmina au Ghana), Fort Jaures (l'actuel Banjul en Gambie), Ouidah et grand-popo (sur la côte

de l'actuel Bénin). En revanche, les esclaves qui viennent de Cap La Hou (grand Lahou en Côte d'Ivoire) semblent moins infectés et ceux d'Angola sont constamment indemnes.

La dracunculose n'est pas invétérée dans le Nouveau Monde, même si quelques rares foyers ont pu se maintenir quelques années (Curaçao, Feira dans la province de Bahia au Brésil, Paramaribo au Surinam et Démérari au Guyana). La preuve de leur existence semble être donnée par l'apparition de dracunculose chez des résidents blancs qui n'ont jamais séjourné ni voyagé dans une autre région. Toutefois, la maladie reste l'apanage des Noirs, ainsi que le rappelle Grainger dans son poème médical, écrit en 1764 aux Antilles (Kevan, 1977).

Jusqu'aux années 1970, la maladie était très répandue en Afrique sahélienne, au moyen orient et atteignait l'ouest de l'Inde (Chippaux : 1994). Au milieu des années 1980, on estimait à 3,5 millions le nombre de cas et ces derniers concernaient 20 pays à travers le monde (OMS : 2018). Un vaste projet d'éradication de cette parasitose a été lancée et n'a cessé de prendre de l'ampleur au cours de la décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement ( 1981-1990).<sup>8</sup> Le but ultime de ce projet est l'éradication mondiale de la dracunculose. A plus court terme, le projet vise à éliminer les foyers d'endémie pays par pays (Ndiaye : 2002). Le nombre de cas notifiés a diminué tout au long des années 1990, pour s'établir à moins de 10 000 en 2007 grâce à une campagne mondiale d'éradication lancée par l'OMS. Ce chiffre s'est encore réduit pour atteindre respectivement 3190, 1797 et 1058 cas en 2009, 2010 et 2011, faisant chuter l'incidence annuelle de plus de 99 % par rapport au milieu des années 1980 (OMS : 1996 ; 2018).

### **I.3. Etat des lieux du ver de Guinée à travers le monde**

Etapas qui marquent la lutte en faveur de l'éradication de la dracunculose dans le monde :

1980 : Lancement du programme indien d'éradication du ver de Guinée.

1981 : Résolutions du Comité directeur inter organisations de la Décennie et de la Trente Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.

1982 : Atelier sur les occasions de lutte contre la dracunculose.

1983 : Consultations au Togo, au Bénin, en Côte-d'Ivoire, au Nigéria et en Ouganda.

1984 : Désignation des CDC comme centre collaborateur OMS Consultation au Niger.

---

<sup>8</sup> La « décennie de l'eau » instaurée par l'OMS entre 1980 et 1990 visant à apporter l'eau potable aux populations a amorcé une décroissance spectaculaire de la parasitose dans le monde.



1985 : Première Conférence nationale au Nigeria.

1986 : Résolution de la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé sur l'élimination de la dracunculose Première Conférence régionale africaine, Niamey (Niger) Financement des programmes pakistanais et ghanéen par Global 2000 Consultations au Cameroun, au Pakistan et au Burkina Faso.

1987 : Débat sur l'éradication de la dracunculose au Comité Spécial sur la Faim de la Chambre des Représentants des Etats-Unis Dépistage actif des cas au Pakistan Etude sur l'impact agricole au Nigéria.

1988 : Deuxième Conférence régionale africaine, Accra (Ghana) Rapport à la Quarante-et-Unième Assemblée mondiale de la Santé Visite du chef de l'Etat ghanéen à 21 villages frappés par la dracunculose Aide apportée par Global 2000 au Nigeria qui procède à un dépistage national des cas Conférence nationale au Bénin, au Ghana, en Inde et au Pakistan Réalisation du film "Le ver de Guinée: un serpent de feu" Financement de projets pilotes au Mali et au Burkina Faso par la Band Aid Foundation Résolution du Comité régional africain Consultation en République de Guinée.

1989 : Résolution de la Quarante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé Le PNUD et l'UNICEF annoncent un important nouvel appui en faveur de l'initiative. Deuxième Conférence nationale au Nigéria ; annonce de la nouvelle politique sur les priorités en matière d'approvisionnement en eau. Première Conférence régionale de la Méditerranée orientale, Islamabad (Pakistan). Conférence internationale des donateurs, Lagos (Nigéria) (OMS 1990 : 9).

*La dracunculose transmise uniquement par absorption d'eau contaminée n'a pas de réservoir naturel autre que l'homme. Pour l'éradiquer, il faut et il suffit d'interrompre la transmission à l'homme et la meilleure solution consiste à fournir une eau de boisson saine à l'ensemble de la population. En fait, on peut dire que la dracunculose est la seule maladie hydrique que l'approvisionnement en eau de boisson saine permet à lui seul d'éliminer. Une des principales réalisations de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement (1981-1990) a été l'impulsion donnée à la campagne mondiale d'éradication de la dracunculose ou filariose due au ver de Guinée. S'il est possible de maintenir cet élan après 1990, la dracunculose pourra devenir la deuxième maladie (après la variole) dont l'Organisation mondiale de la Santé certifiera l'éradication totale dans tous les pays. Alors que la Décennie touche à sa fin, le principe de l'effort international d'éradication est solidement établi: la plupart des pays d'endémie ont entrepris des programmes nationaux d'éradication ou des activités préliminaires et l'éradication est à portée de main en Inde et au Pakistan, les deux derniers pays asiatiques d'endémie. En Inde et au Nigéria, la présence de la dracunculose est un des principaux critères retenus pour l'établissement du*

*calendrier d'approvisionnement des villages en eau saine. Dans plusieurs pays, les efforts nationaux d'éradication de la dracunculose ont contribué à mobiliser de nouvelles ressources en faveur d'un approvisionnement plus rapide en eau saine. Une conférence internationale des donateurs qui a eu lieu en janvier 1989 a contribué à réunir les fonds nécessaires pour préserver l'élan du mouvement d'éradication de la dracunculose. (OMS 1990 : 1 ; 2).*

L'une des parasitoses les plus anciennement décrites dans le monde. La répartition géographique de la maladie du ver de Guinée s'est considérablement restreinte suite à la campagne de lutte puis d'éradication menée sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Coulibaly : 2012, 12). Dans le milieu des années 1980, 3,5 millions de personnes étaient atteintes de dracunculose. La maladie était répandue dans de nombreuses régions d'Afrique tropicale, au Yémen, en Inde et au Pakistan. Mais en 2016, grâce aux efforts internationaux pour endiguer la dracunculose, seuls 26 cas ont été recensés, et ils sont survenus uniquement dans quelques pays d'Afrique (Soudan du Sud, Tchad, Mali et Éthiopie) (Pearson : 2019). Cette partie de la thèse fait un état des lieux de la situation épidémiologique de la dracunculose à travers le monde notamment : Etats-Unis, Asie, Moyen-Orient et Europe.

#### **I.4. La Situation épidémiologique et historique du Ver de Guinée en Inde**

Dans le sous-continent indien, l'élimination de la filaire de Médine se fait progressivement grâce à une lutte remarquablement efficace. En effet, l'origine géographique de cette parasitose est difficile à préciser. Tout de même, les descriptions historiques montrent qu'elle a été présente de l'Inde à la Nubie et qu'elle a occupé l'Arabie, la Mésopotamie et la Perse. (Chippaux : 1994). La dracunculose étant hyper endémique sur la côte orientale de l'Inde à cette époque. Selon Mongin ( 2000 ) plusieurs cas ont été enregistrés en Inde à savoir 1081 cas en 1992 ; 755 en 1993 ; 371 en 1994 ; 60 en 1995 ; 09 en 1996 et 0 cas en 1997. Dans la même période, la dracunculose fait perdre chaque année en Inde, plus de 11 millions de journées de travail chez 4 % (personnes atteintes) de la population des villages en zone endémique. Au sujet des pertes dues à la dracunculose, l'OMS (1998) souligne dans un rapport en ces termes, bien que cette maladie soit rarement mortelle, la dracunculose constitue néanmoins un sérieux problème de santé publique et un obstacle majeur au développement socio-économique des communautés rurales d'endémie, en raison d'une longue période d'invalidité totale mais temporaire dont sont victimes les malades (OMS :1998). Dans les pays où la transmission se poursuit la maladie fait peser un lourd fardeau économique sur les

populations des villages touchés. Dans une étude similaire, Muller (1979 : 906) s'est intéressé aux conséquences engendrées par la dracunculose au Ghana et souligne que :

*La dracunculose est très rarement mortelle et elle est généralement suivie de guérison spontanée, même en l'absence de tout traitement. Toutefois elle cause un certain degré d'incapacité due aux ulcères et abcès douloureux qui apparaissent habituellement aux pieds ou aux jambes et qui peuvent durer plusieurs mois chez les individus infestés par plusieurs vers. Il est difficile de déterminer les effets économiques de l'incapacité de travail dans une population de cultivateurs, mais du fait du caractère saisonnier des cultures, la production agricole peut s'en ressentir très nettement. Dans le sud du Ghana, on a interrogé 21 hommes, des cultivateurs chez lesquels la dracunculose avait produit une incapacité de travail, pour déterminer les conséquences de la maladie sur l'ensemble de la famille. Il est apparu que la durée moyenne de l'incapacité totale chez des patients non traités était d'environ 15 semaines, mais que le taux maximum d'infestation coïncidait avec les périodes de plantation et de récolte (75 à 80 % des travaux agricoles s'effectuent entre juin et septembre dans cette région). Dans toutes les zones d'endémie de l'Afrique occidentale, la situation est probablement la même, et dans le sud-ouest du Nigeria, une proportion de la population active pouvant atteindre 25 % dans le groupe d'âge 15-40 ans subit chaque année une incapacité de travail d'au moins 10 semaines. Environ 0,5 % des malades deviennent des invalides permanents.*

### **I.5. Situation épidémiologique du ver de Guinée au Pakistan**

Le Programme pakistanais d'éradication du ver de Guinée a été créé en 1987, avec pour objectif d'éradiquer de ce pays, d'ici fin 1990, la dracunculose. A l'issue d'une enquête à l'échelon national conduite village par village, le total des cas de dracunculose en 1987 a été estimé à 2 400, et des cas ont été dépistés dans 3 foyers distincts s'étendant sur certaines parties des provinces de la Frontière du Nord-Ouest, du Pendjab et du Sind. (Ranque : 1992). Pour éradiquer la dracunculose, des mesures de surveillance active et de lutte ont été instituées en février 1988 dans la totalité des 408 villages d'endémie ou à risque connus. Dans chaque village d'endémie, on a recruté et formé des « agents de santé villageois » qui ont été chargés de notifier les cas chaque mois, de promouvoir la filtration de l'eau non potable à l'aide de filtres en tissu, et de distribuer ces filtres. D'autres agents de santé ont été chargés d'épandre chaque mois du téméphos (Abate) dans les collections d'eau de chacun des villages touchés afin de réduire les populations de copépodes hôtes intermédiaires. Comme la plupart des sources d'eau souterraines dans les régions d'endémie sont saumâtres, l'implantation de forages n'a pas occupé une place importante dans le programme d'éradication au Pakistan.

Des mesures plus intensives de surveillance et d'isolement des cas comportant une supervision étroite des « agents de village » ont été introduites en 1990 afin de garantir le

dépistage rapide des cas, leur examen complet et leur traitement. A partir de 1991, une récompense de 1 000 roupies (environ 40 \$) a été offerte à quiconque notifierait le premier cas dans un village. Le montant de la récompense, qui a été largement annoncée, a été porté en 1993 à 3 000 roupies (pour chaque malade se conformant aux mesures d'isolement) et à 500 roupies (pour la personne ayant notifié le cas). (OMS : 1994). Un registre des cas suspects a été établi, et tous les cas signalés ont été examinés sans délai par des agents du programme national d'éradication. De 2400 cas notifiés en 1987, le nombre des cas de dracunculose au Pakistan a regressé. Il est de 1110 en 1988 ; 534 en 1989 ; 160 en 1990 ; 106 en 1991 ; 23 en 1992 ; 2 en 1993 et 0 cas en 1994. Le Pakistan, qui n'a pas signalé de cas depuis 1994, a été certifié comme pays ayant éliminé la maladie (Unicef : 1997).

### **I.6. Situation historique et actuelle du ver de Guinée en Afrique**

En Afrique, la dracunculose reste un problème de santé publique préoccupant. La Décennie Internationale pour l'Eau potable et l'Assainissement (DIEPA), entre 1981 et 1990, va révéler l'importance de la dracunculose et le coût élevé de l'incapacité qu'elle entraîne. L'OMS, au cours de la 44<sup>ème</sup> Assemblée mondiale de la santé, en 1991, a programmé l'éradication de la dracunculose pour le courant des années quatre-vingt-dix. (Chippaux : 1994). Dans la région africaine de l'OMS, 34260 cas ont été notifiés en 1997 par les 17 pays d'endémie. 78% (26988 cas) de tous les cas notifiés dans la région africaine proviennent seulement de quatre pays : le Nigéria (12590), le Ghana (8921), le Niger (3030) et le Burkina Faso (2477). Sur les 10432 villages d'endémie en 1997, 1124 (11%), étaient des nouveaux villages (OMS : 1998).

### **I.7. Situation épidémiologique de la dracunculose au Mali**

Le Mali est le seul pays d'Afrique de l'Ouest où la transmission de la dracunculose se poursuit. En 2014, 40 cas ont été notifiés dans 3 localités appartenant à 3 districts de 3 régions: la localité de Tanzitratène (district d'Ansongo, région de Gao) (29 cas); la localité de Nangaye (district de Gourma-Rharous, région de Tombouctou) (10 cas) et la localité de Fion (district de Tominian, région de Ségou) (1 cas). Ces 40 cas ont tous été hospitalisés et 35 ont été confinés. Entre 2013 et 2014, le nombre de cas a approximativement quadruplé mais le nombre de localités ayant notifié des cas a diminué de plus de moitié (OMS : 2015). Le Mali a également notifié 11 chiens infectés (9 confinés) dans 9 villages du district de Tominian dans la région de Ségou jusqu'à présent cette année : 1 en juin, 2 en juillet, 1 en août, 5 en septembre et 2 en octobre. L'abate a été appliqué aux points d'eau locaux associés aux cinq (5) chiens qui n'ont pas été confinés. Tous les chiens infectés à l'exception d'un seul,

provenaient du district de Tenenkou, zone d'insécurité dans la région adjacente de Mopti. C'est également dans le district de Tominian que le seul chien infecté a été détecté au Mali en 2015. Le Mali a institutionnalisé en juillet 2016 sa récompense monétaire à 5000 CFA pour l'informateur d'un chien infecté et à 10000 FCFA pour le propriétaire d'un chien infecté qui attache le chien en question jusqu'à ce que le ver soit sorti.

Depuis 1992, le Programme d'éradication du ver de Guinée au Mali a réduit le nombre de cas de 16 024 à seulement cinq signalés en 2015. Toutefois, l'insécurité qui a débuté en avril 2012 a freiné l'interruption de la transmission de la maladie du ver de Guinée du fait que le Programme national n'a pas pu opérer pleinement et constamment dans toutes ces régions endémiques. En 2015, la sécurité s'étant améliorée, le Programme a pu réduire les cas de 88 pourcent (cinq cas en 2015 comparativement à 40 en 2014). De plus, le nombre total de villages sous surveillance active est passé à 581 (CC : 2015). Un total de 698 villages sont sous surveillance villageoise active mais l'insécurité continue à entraver sévèrement les opérations du programme, surtout dans la région du Kidal. En août, le taux brut moyen de connaissance de la récompense pour la notification d'un cas humain était de 84% alors le taux pour la notification d'un chien infecté était de 76%. Au total, 391 rumeurs ont été notifiées de janvier à septembre cette année et elles ont été enquêtées dans les 24 heures. Les activités de surveillance ont continué à s'intensifier dans les camps de réfugiés maliens situés au Burkina Faso, en Mauritanie et au Niger pour éviter que la maladie ne continue à s'étendre; elles ont notamment consisté à faire connaître l'existence d'une récompense pour des informations sur la présence du ver de Guinée, à effectuer des visites de supervision et à rechercher régulièrement des cas.

### **I.8. Situation épidémiologique de la dracunculose en Ethiopie**

Depuis que l'Ethiopie a établi son programme national d'éradication de la dracunculose en 1994, des progrès considérables ont été accomplis pour réduire le nombre de cas humains, la plupart d'entre eux étant concentrés dans la région de Gambella. Au cours de la dernière décennie, la région a, de manière persistante, signalé une transmission de faible intensité, y compris peu d'infections chez les animaux (OMS : 2020). À la fin de juin 2019, l'Ethiopie a notifié son cas le plus récent de dracunculose chez un humain, il y a 18 mois de cela (décembre 2017), son infection du VG la plus récente chez un chien, il y a 9 mois de cela (septembre 2018) et son chat infecté le plus récent, il y a 10 mois de cela (août 2018). De janvier à juin 2018, l'Éthiopie a notifié 8 chiens infectés, 2 chats infectés, pas de cas humain et aucun babouin infecté comparé à aucun chien, aucun chat ou aucun cas humain infecté et 6

babouins infectés pendant la même période de 2019 (CDC 2019 : 5). Entre le 2 et le 8 avril 2020, six cas humains suspects de dracunculose dans le village de Duli, district de Gog, région de Gambella ont été notifiés à l’OMS. Au 27 avril 2020, le programme éthiopien d’éradication de la dracunculose avait détecté une autre personne avec un ver émergé, morphologiquement similaire au ver de Guinée humain, ce qui porte le total à sept cas suspects. Cette notification fait suite à plus de deux années consécutives sans aucun cas signalé, les derniers cas ayant été notifiés en décembre 2017.

Depuis sa création le programme éthiopien a fait des progrès remarquables vers l’interruption de la transmission de cette maladie chez l’homme malgré l’existence d’une faible transmission du parasite chez des hôtes non humains tels que les chiens et les babouins. Bien que la transmission du ver de Guinée soit limitée à deux districts seulement (Gog et Abobo de la région de Gambella) en Éthiopie, la présence de communautés difficiles à atteindre et le manque de sources d’eau potable dans les zones reculées non villageoises, un important afflux de réfugiés et des infections animales dont le rôle dans la transmission de la dracunculose est inconnu, demeurent des obstacles importants à l’élimination de la dracunculose en Éthiopie. En 2019, les responsables de la santé et du développement rural de la région ont annoncé une série de mesures visant à mettre fin à la transmission de la dracunculose. Ces mesures ont été prises à l’issue d’une mission de plaidoyer de haut niveau dirigée par le ministre fédéral de la Santé en 2019 au cours de laquelle une annonce d’un conseil pour superviser le fonctionnement du programme d’éradication dans la région a été faite.

Pour accroître la sensibilité du système de surveillance, les autorités ont également introduit une récompense en espèces pour la notification volontaire des cas de dracunculose. Des enquêtes pour évaluer le niveau de connaissance de la récompense monétaire pour la notification d’un cas de VG qui ont été réalisées dans six districts de Niveau II de la région de Gambella et du district de Nyangatom ont montré que 89% des 930 personnes interrogées étaient au courant de la récompense ; 58% des 1125 personnes enquêtées dans les districts de niveau III de la région de l’Amhara étaient au courant de la récompense. Le programme d’éradication de la dracunculose de l’Éthiopie continue à appliquer rigoureusement l’Abate chaque mois aux points d’eau dans les districts de Gog et d’Abobo dans la région de Gambella et veille à ce que soient attachés de manière préventive les chiens et chats domestiques dans les régions à risque depuis avril 2018.

### **I.9. Programme d'éradication du ver de Guinée du Soudan du sud**

Le Soudan du Sud a notifié 56% du nombre total de cas de dracunculose déclarés en 2014, contre 76% en 2013. Par rapport à 2013, le nombre de cas déclarés en 2014 a reculé de 38%, passant de 113 à 70. Le nombre de cas notifiés en 2014 représente une diminution de 87% par rapport aux 521 cas déclarés en 2012. Les cas ont été signalés dans 37 villages en 2014, contre 79 en 2013 et 255 en 2012. En 2014, le programme a indiqué que 47 cas (67%) satisfaisaient aux critères de confinement et que, sur un total de 64, 44 (69%) ont été hospitalisés dans un centre de confinement (OMS 2015 ; 2011). Sur les 70 cas notifiés en 2014, il a été indiqué que 29 ont été importés d'un autre village du pays. En 2014, 68% (25/37) des villages n'ont signalé que des cas importés (29 cas), contre 51% en 2013 (40/79) et 65% en 2012 (166/255). Les 31 villages qui, au total, ont notifié 61 cas en 2014 n'en n'avaient signalé aucun en 2013. La transmission a néanmoins été interrompue dans 76 villages qui avaient notifié 103 cas en 2013 et n'en n'ont plus notifié aucun en 2014. Les cas notifiés en 2014 provenaient de 4 des 80 comtés et de 2 des 10 Etats, contre 10 des 80 comtés et 5 des 10 Etats en 2013.

Toutefois, sur l'ensemble des cas notifiés en 2014, 57 (81%) se sont produits dans le comté de Kapoeta Est appartenant à l'Etat de l'Equatoria oriental. Le nombre de cas notifiés dans ce comté en 2014 a baissé de 26% par rapport aux 77 cas signalés en 2013. Par rapport à 2013, le nombre de cas notifiés en 2014 a également sensiblement reculé (67%) dans le comté de Kapoeta Sud. Les comtés de Pibor, Kapoeta Nord, Tonj Est, Aweil Est, Nyirol et Wuror n'ont signalé aucun cas en 2014, contre 12, 5, 1, 1,1 et 1 cas respectivement notifiés en 2013. Cependant, dans le comté d'Awerial, le nombre de cas notifiés est en augmentation depuis 2012 : 11 cas ont été signalés en 2014, contre 9 en 2013 et 7 en 2012. Le comté de Wulu, qui n'avait déclaré aucun cas en 2013 en a signalé 1 en 2014. En 2014, la majorité des cas (77%, 54 cas sur 70) appartenait au groupe ethnique des Toposas. Les autres cas se sont produits dans le groupe ethnique des Dinkas (17%, 12 cas sur 70) et des Jies (6%, 4 cas sur 70). Sur les 37 villages ayant notifié des cas en 2014, 7 (19%) possédaient une ou plusieurs sources améliorées d'eau potable. Dans l'ensemble, 100% (37/37) des villages qui ont notifié des cas ont bénéficié d'épandages réguliers de téméphos. Cela étant, 100% des villages d'endémie (n = 48) placés sous surveillance active, y compris les villages où des cas étaient présents en 2013 mais qui n'en n'ont pas signalés en 2014, ont bénéficié d'épandages mensuels de téméphos sur les sources d'eau insalubres, contre 96% des villages d'endémie en 2013 (n = 106, à l'exclusion de 3 exploitations bovines où la maladie est endémique).

Des dizaines de milliers des agents communautaires, montrent continuellement depuis trois décennies des actes de courage pour améliorer la vie de leur famille et de leurs voisins, souvent dans des circonstances très dangereuses (CDC : 2015). En 2014, le Ministre de la santé du Soudan du Sud a mis en place dans tout le pays un système de récompense en espèces (500 SSP soit environ US\$ 100) pour le signalement volontaire des cas. Il faut noter que depuis la mi-décembre 2013, les troubles civils qui sévissent au Soudan du Sud causent périodiquement des retards dans le déroulement du programme en limitant l'accès des agents de santé, en entraînant des perturbations dans le travail du personnel du programme chargé de la surveillance active, du dépistage et du confinement des cas, ainsi que des déplacements de population entre les zones d'endémie et celles où la dracunculose n'est pas présente. Les déplacements actuels de membres des forces armées et d'autres personnels à travers le pays pourraient à l'avenir provoquer des flambées dans les zones exemptes d'endémie.

#### **I.10. Eradication de la dracunculose en Afrique**

Pour être déclaré exempt de dracunculose, un pays doit avoir arrêté la transmission de la maladie et avoir maintenu une surveillance active pendant au moins 3 ans sans notifier de cas autochtone. Une fois cette période écoulée, une équipe internationale de certification se rend dans le pays pour déterminer si le système de surveillance et de la réponse est adéquat pour empêcher la réintroduction de la maladie. Certains indicateurs, comme l'accès à des points d'eau améliorés dans les zones infectées, sont examinés et des évaluations sont menées dans les villages pour confirmer l'absence de transmission. Le risque de réintroduction de la maladie est également évalué (OMS : 2018). Depuis 1995, la Commission internationale pour la Certification de l'Eradication de la Dracunculose (CICED) sur la base de ses recommandations, l'OMS a certifié à ce jour 199 pays, territoires et zones comme étant exempts de transmission de la dracunculose, la dernière certification en date étant celle du Kenya, un ancien pays d'endémie en février 2018 (OMS 2019 : 248).

En rappel, au milieu des années 1980, l'on estimait à 3,5 millions le nombre de cas de dracunculose dans le monde. Ces cas étaient répartis dans 20 pays, dont 16 étaient situés en Afrique. Le nombre de cas notifiés a progressivement diminué pour atteindre moins de 10.000 cas en 2007. Ce nombre a été réduit à 542 cas en 2012, 148 en 2013 et 126 en 2014. En 2015, seulement 22 cas ont été notifiés dans le monde, le chiffre le plus bas jamais enregistré (Revue des PNEVG : 2016). Cette partie de la thèse se propose de faire une analyse des pays africains ayant réussi à éradiquer la dracunculose.



### **I.11. Programme d'éradication du ver de Guinée du Cameroun**

Il existe peu de documents sur cette pathologie au Cameroun avant 1945. La dracunculose est simplement évoquée dans le centre et le nord du pays, mais sans que soit précisée son éventuelle endémicité. La dracunculose était alors largement distribuée dans tout le nord du pays où les missionnaires la signalent. L'incidence n'y aurait jamais été très élevée, notamment dans le Mayo Rey et l'Adamaoua. (Ripert et *al.*, 1987 cité par Chippaux 1994). Le ver de Guinée était cantonné dans les monts Mandara, à l'extrême nord du pays. Ce foyer résiduel, de petite surface, fut la continuation de l'important foyer de l'Etat de Borno au nord-est du Nigeria. L'incidence annuelle de la maladie a chuté de 25 000 cas au début des années quatre-vingt (Watts, 1987 b cité par Chippaux 1994) à 67 cas dénombrés dans 18 villages endémiques lors du dernier dépistage actif organisé en 1992. La surveillance exercée en 1992 par les agents villageois de santé suite à la mise en place du programme d'éradication de ver de Guinée du Cameroun en 1990 dans le département de Mayo-Sava, de la province d'Extrême Nord a permis de dépister 60 % des cas avant l'émergence du ver ou le jour même de celle-ci, ce qui a conduit à un isolement efficace.

En 1993, 71 cas ont été recensés. En 1995, de nouveaux cas, importés du Tchad, furent découverts dans l'ancien foyer endémique de Mayo-kani. En 1997, de janvier à septembre, 16 cas ont été recensés au Cameroun, tous originaires de l'Etat de Borno (Nigeria) adjacent au département de Mayo-Sava. Sur les 16 cas recensés, un seul (soit 6%) n'a pas été isolé. Au total, 102 villages ont été mis sous surveillance, tous assurent régulièrement tous les mois ou toutes les semaines la notification des cas. Les quatre villages ayant recensé des cas ont pratiqué l'isolement des cas mais aucun n'a bénéficié de traitement à l'Abate, aucun de points d'eau de ces villages ne remplissant les conditions nécessaires à la mise en œuvre de cette activité. La totalité des 15 villages ayant recensé des cas en 1996 ou 1997 ont reçu des filtres en tissu, ont un agent de santé villageois formé et ont bénéficié de formation sanitaire. Neuf (9) de ces villages ont une source d'eau potable protégée. Sur les quatre villages ayant recensé des cas en 1997, un seulement (Djarandiwa) n'a pas de source d'eau potable protégée ; deux cas importés y ont été recensés.

Dans l'intention de lutter contre le ver de Guinée au-delà de ses frontières, le programme camerounais s'est réuni avec les autorités du Tchad (Avril) et celles du Nigeria (septembre) pour définir les stratégies de lutte. Un système de récompenses a été mis en place en 1995 ; toutefois, aucune récompense n'a pu être versée en 1996 ni en 1997 en raison de problèmes rencontrés au niveau du transfert des fonds alloués par Health and Développement

International et du versement des fonds de l’OMS/Cameroun au compte du programme à Mora. En 1998, le programme a renforcé l’intégration de ses activités avec celles réalisées dans le cadre du Paquet minimum d’activités des services de santé, de mobiliser la population contre les dangers posés par les cas importés du Nigéria et d’établir une liste des présumés de dracunculose (OMS : 1997). La mobilisation des différentes stratégies a permis au programme camerounais d’éradication de la dracunculose d’atteindre son objectif. Car, il a réussi à éradiquer le ver de Guinée sur l’ensemble du territoire en 2007.

### **I.12. Programme d’éradication du ver de Guinée du Niger**

Au Niger, l’existence de la dracunculose est signalée depuis longtemps par les rapports des services des grandes endémies (Chippaux : 1994). Le foyer le plus important se trouve à Mirriah (département de Zinder). De janvier à septembre 1997, le Niger a recensé 2,592 cas de dracunculose, répartis dans 324 villages, dont 68 villages nouvellement endémiques, ce qui représente une augmentation de 5% par rapport aux 2,457 cas recensés en 1996 à la même période. Cette augmentation est due à une surveillance accrue, en particulier dans les petits hameaux entourant certains foyers endémiques. En août et septembre 1997, sur l’ensemble du pays, le nombre de cas détecté est inférieur à celui recensé à la même époque en 1996, malgré le nombre supérieur de cas recensés dans le département de Tillabery sur ces deux mois par rapport à l’année dernière. En 1996 (sur les 12 mois de l’année), 416 villages avaient recensé au moins un cas. Sur les 2, 592 cas recensés en 1997, 1388, soit 54%, ont été isolés.

Les gouvernements du Niger et du Japon ont adopté ensemble un nouveau projet destiné à assurer l’approvisionnement en eau potable de douzaines de communautés endémiques du département de Zinder ; ce projet a permis de construire 90 puits et réparer 77 points d’eau. Cent un (101) villages endémiques, soit 21% ont bénéficié de traitement à l’Abate (OMS : 1997). Il est à préciser que grâce à ces diverses interventions, le Niger fait partie des pays endémiques d’Afrique, qui ont accompli de progrès significatifs dans le processus d’éradication de la dracunculose. De 33 000 cas de Ver de Guinée en 1991 selon l’enquête nationale, le pays est passé à Zéro (0) cas en 2008-2011. Le dernier cas autochtone notifié par le pays remonte au mois d’octobre 2008. Depuis lors, le pays est entré dans la phase de pré-certification, avec un renforcement de la surveillance épidémiologique et une intensification de la communication /mobilisation sociale, préalables à l’obtention du certificat, c’est-à-dire le pays déclaré indemne de cette maladie (OMS : 2012).

Depuis 2009, a indiqué le chef de l’EIC, Dr Joel Breman, aucun cas autochtone de ver de guinée n’a été enregistré au Niger, un pays qui a « arrêté la transmission de la dracunculose

» et dans lequel « le système de surveillance en place est adéquat, conformément aux critères de certification de l'éradication de la dracunculose, établis par l'OMS » (OMS : 2013). La dracunculose est définitivement éradiquée au Niger. Cette certitude a été donnée par l'OMS, le 17 février 2014. « *J'ai le plaisir de vous informer que votre pays a été officiellement déclaré exempt de transmission de la dracunculose* », indique un communiqué de la représentation de l'OMS à Niamey, citant une lettre de la directrice générale de l'OMS, Margaret Chan, adressée au ministre nigérien de la Santé.

### **I.13. Programme d'éradication du ver de Guinée du Burkina Faso**

Il existe peu de données sur la dracunculose au Burkina-Faso aux temps de la colonisation. Elle est signalée à Dori en 1901 à Boromo (Bouffard, cité par BARRET, 1909), à Gaoua. Elle est présente également dans la région de Ouagadougou, de Ouaigouya, de Koudougou et de Bobo Dioulasso (Vallet ; Bartet ; Desfontaine ; cités par Chippaux : 1994 : 75). Entre 1971 et 1979, 3 776 cas par an en moyenne sont déclarés, ce qui permet d'évaluer le nombre total de cas à près de 500 000 pour l'ensemble du pays. Le programme d'éradication du ver de Guinée du Burkina Faso, financé par le gouvernement du Burkina Faso grâce à un prêt de la banque mondiale (pour transfert des responsabilités du programme de lutte contre l'onchocercose) et bénéficiant de l'appui de l'OMS, de l'UNICEF et du centre carter (Global 2000), a démarré avec 42,187 cas en 1990.

En 1996, le nombre de cas a été réduit à 3,241 et, en 1997 ; 1750 ont été recensés entre janvier et septembre. Cette réduction apparente du nombre de cas ne doit pas cependant voiler les graves problèmes qui entravent la mise en œuvre du programme. Par exemple, une évaluation menée conjointement par le programme, l'OMS, l'UNICEF et Global 2000, de Mai à Juin 1997, a révélé que le nombre de cas était sous-estimé. La restructuration du système sanitaire en 53 départements, regroupés en 11 administrations sanitaires régionales, est en partie responsable des problèmes rencontrés par le programme. Les 1750 cas recensés jusqu'à présent en 1997 viennent de 178 villages, dont 96 nouvellement endémiques.

Sur la totalité des villages ayant recensé des cas cette année, 54% sont donc nouveaux. Les provinces les plus endémiques celles du plateau central, au Nord de Ouagadougou : Yatenga, sanmatenga, oubritenga et Namentenga qui renferment les 20 villages les plus endémiques du pays. Il existe un autre foyer important dans le sud-ouest du pays, la province de Poni. Sur les 1750 cas recensés jusqu'à présent, 499 seulement, soit 29% ont été isolé (OMS : 1997). « *Depuis la mise en œuvre du programme, des progrès notables ont été enregistrés* », selon les propos du ministre de la santé, Amédée Prosper Djiguimde. La

surveillance épidémiologique de la maladie, l'isolement des cas de ver de Guinée, l'information, l'approvisionnement en eau potable, la lutte anti-vectorielle, le renforcement des capacités, l'éducation et la communication ont permis de passer à 0 cas autochtones au Burkina, depuis 2007 (Lougue : 2015).

La Commission internationale pour la certification de la dracunculose, lors de sa huitième rencontre tenue à Genève du 29 novembre au 1er décembre 2011, a reconnu le territoire national du Burkina Faso libéré totalement du ver de Guinée, ratifiant du même coup la certification de l'éradication du ver de Guinée au Burkina Faso. Pour le Ministre de la santé, cette certification a couronné les efforts inlassables de 20 ans de lutte acharnée contre ce fléau millénaire par le gouvernement burkinabè et ses partenaires techniques et financiers (OMS, Unicef, Centre Carter, HDI, Corps de la Paix américain). Elle est aussi le fruit de la collaboration intersectorielle entre le ministère de la Santé et les ministères chargés de l'Eau, de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur, de l'Administration territoriale et de la Communication. Enfin, elle est la résultante des efforts conjugués de tous les agents de santé à tous les niveaux (directeurs régionaux de la Santé, médecins-chefs de district, techniciens de génie sanitaire, infirmiers-chefs de poste, sages-femmes et maïeuticiens, agents itinérants de santé, accoucheuses auxiliaires) avec ceux des agents de santé communautaires et de toute la population entière qui ont traqué de jour comme de nuit cette pandémie dans les moindres recoins du pays, depuis les humbles hameaux jusqu'aux champs les plus reculés. Il est à préciser que cette certification vient après celle de la variole survenue en 1980 (Le Pays, 2013).

### **I.3. Situation historique et actuelle du ver de Guinée au Tchad**

Au Tchad, la dracunculose sévit depuis fort longtemps, de façon endémique, dans plusieurs régions du Pays, dont essentiellement celles du sud et du centre. L'Assemblée Mondiale de la santé, considérant les conséquences socio-économiques très graves de la maladie, et tenant compte de la disponibilité des moyens simples et efficaces de prévention, a adopté en 1986, la résolution WHA 39.21, dédiée à l'éradication de la dracunculose.

#### **I.3.1. Création du programme national d'éradication du ver de Guinée**

Le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée au Tchad, crée en 1991, s'inscrit dans la droite ligne de cette résolution, adoptée par le Tchad et ses partenaires. Son objectif premier est l'éradication de la maladie de tout le territoire national. Les propos de Tchoufinet Mondai, par ailleurs Coordonnateur Adjoint au Programme ver de Guinée viennent confirmer cette déclaration :

*L'histoire de la création PNEVG au Tchad a commencé dans les années 1980. Ce n'est pas seulement au Tchad, je voudrai dire des programmes nationaux d'éradication du ver de guinée dans les pays endémiques. C'était à la 39<sup>ème</sup> assemblée mondiale de la santé qu'il était décidé d'éradiquer la maladie du ver de guinée. Et l'assemblée mondiale donc était motivée par l'épidémiologie de ver de guinée sur le terrain. On voyait qu'il avait une baisse constante de l'incidence de la maladie et à côté de ça, la décennie de l'eau était aussi instaurée de 1981 à 1990. Comme c'est une maladie qui est transmise par l'eau insalubre, on a pensé qu'avec l'instauration de la décennie de l'eau et aussi avec l'épidémiologie de la maladie sur le terrain, on pourrait envisager l'éradication de la maladie du ver de guinée. Suite à cette assemblée, tous les pays endémiques, c'était une vingtaine à l'époque étaient encouragés à créer un programme d'éradication du ver de guinée. C'était en 1991. Voilà ce que je peux vous dire par rapport à la création du programme national au Tchad.*

En effet, le programme a planté des repères importants après sa création à savoir : enquête pilote en 1992 ; enquête nationale 1993-1994 ; enquête supplémentaire en 1995 ; évaluation externe en 2000 ; mise en place du Comité National de Certification de l'Eradication de la Dracunculose ( CONACED) en 2002 ; élaboration du rapport national en 2007 ; demande officielle de certification de l'éradication par le gouvernement du Tchad en 2007 et 2008 ; évaluation de l'Equipe Internationale de Certification en décembre 2008 ; soumission du rapport national et de la candidature du pays à la certification en 2009 ; report de la certification du pays en 2009. Le Tchad a réussi à arrêter la transmission. Depuis 1998, il n'y a plus aucun cas de ver de Guinée dans le pays ( PNEVG : 2010). Les principales stratégies et interventions qui ont été mises en œuvre par le programme pour atteindre ses objectifs sont : formation / recyclage des agents ; surveillance épidémiologique à base communautaire ; isolement et prise en charge des cas ; vulgarisation de l'utilisation du tissu-filtre ; approvisionnement en eau potable ; mobilisation sociale (Information-Education-Communication ou IEC) ; lutte anti-vectorielle ( traitement des mares) ; systèmes de récompense ( pour ceux qui déclarent les rumeurs) ; supervision et suivi-évaluation.

Les raisons du report de la Certification de l'Eradication du Ver de Guinée au Tchad sont simples : la non fiabilité du système de surveillance épidémiologique relatif au ver de Guinée ; l'insuffisance de la documentation et de l'archivage des différentes réalisations en vue de la certification. Bien que déplorable, ce report de la certification pourrait de manière paradoxale, constituer une opportunité pour que le Programme National du Tchad reparte sur de nouvelles bases, afin de mieux positionner le pays pour une certification prochaine, qui ne doit plus nous échapper. Pour cela, il faudrait que les contraintes, difficultés et insuffisances du programme soient suffisamment bien réduites. Il s'agit de : l'insuffisance d'implication de

l'Etat ; le désengagement de certains partenaires ; l'insuffisance des moyens d'action ; la lassitude du personnel du programme ; les difficultés organisationnelles et la démotivation du personnel ; les difficultés logistiques ; la faiblesse de la documentation / archivage des activités réalisées. A ce sujet, Tchoufinet Mondai souligne que :

*Depuis que le programme a été créé, je vais dire depuis 1991, au début, il faut reconnaître qu'il y a des résultats spectaculaires avec plus de 1000 cas au début du programme, on était arrivé à zéro cas en 2001. Alors, le Tchad aspirait ainsi à la certification, mais pour être certifié, il faut une évaluation externe, il y a eu une commission internationale d'éradication du ver de Guinée qui descend dans les pays demandeurs de la certification pour faire une évaluation. Quand le Tchad avait soumis sa demande à l'époque, cette équipe-là était arrivée faire ses propres investigations et les conclusions issues de leurs investigations ont demandé au pays de mettre encore un accent particulier sur la surveillance notamment à base communautaire parce que le système de surveillance à l'époque était jugé... je dirai un peu défaillant. On avait dit que ce... avec le système qu'on avait, on ne pouvait pas détecter tous les cas, donc il fallait renforcer davantage la surveillance pour voir si vraiment le Tchad était indemne de la transmission de la maladie du ver de Guinée. Alors, sur leur recommandation le Tchad avait justement renforcé la surveillance et pfff en 2010, on a repris avec la notification des cas de ver de Guinée au Tchad. Les infections des chiens a aussi commencé à partir de 2012, c'était une nouveauté quand même dans la surveillance de cette maladie au Tchad et tellement que les chiens étaient massifs à faire la maladie du ver de Guinée, cela a amené même l'espoir d'éradication qui animait les acteurs de l'époque pour éradiquer la maladie du ver de Guinée.*

### **I.3.2. Le Ver de Guinée comme une Maladie Tropicale Négligée recrudescente au Tchad**

Parmi les Maladies Tropicales Négligées qui ont été recensées par l'OMS<sup>9</sup>, le Tchad a déjà engagé des actions de lutte contre l'onchocercose, la filariose lymphatique, les schistosomiasis, les géo-helminthiases, le trachome, la lèpre, la dracunculose et la Trypanosomiase Humaine Africaine (PDLMTN : 2016). En dépit de la mise en place d'intervention spécifique à travers le Programme National d'Eradication de Ver de Guinée (PNEVG) qui a permis de réduire de façon considérable l'incidence de la dracunculose, le Tchad a été déclaré à nouveau par l'OMS comme pays endémique de dracunculose à cause de la réémergence du ver de Guinée en 2010 à Nanguigoto dans le Mayo-kebbi - Est. Depuis 2010, le Tchad a connu une recrudescence de cas du ver de Guinée avec plusieurs notifications de cas. En 2011, 10 cas ont été notifiés, il est notifié des cas d'une année à

---

<sup>9</sup>L'OMS met aujourd'hui un accent particulier sur 17 MTN: l'Onchocercose, la Schistosomiase, les Géo helminthiases, la Filariose Lymphatique (FL), la Lèpre, le Pian, le Trachome, la Trypanosomiase Humaines Africaine (THA), l'Ulcère de Buruli, la Leishmaniose, la dracunculose...

l'autre, dans les villages différents. Depuis cette réémergence, le Ministère de la santé à travers le programme a multiplié des stratégies de surveillance. Il est à préciser que l'épidémiologie de la dracunculose se complique davantage avec la découverte de l'agent pathogène « *dracunculus medinensis* » chez plusieurs chiens dans les zones endémiques. Cette nouvelle situation très complexe de la maladie du ver de Guinée au Tchad a incité le programme à envisager des ripostes appropriées à travers une approche multisectorielle dans l'espoir de juguler le mal.

Pour Manga , technicien à la direction de pêche : « *l'approche en elle-même est une très belle initiative parce que c'est un problème qui est très large, qui demande des efforts conjugués* ». (entretien réalisé le 06/11/2019).

Bien que très différentes les unes des autres sur le plan médical, les maladies tropicales négligées (MTN) forment un groupe car elles sont toutes intimement liées à la pauvreté et elles sévissent toutes dans des environnements défavorisés et dans les régions tropicales, où elles tendent à coexister. La plupart de ces maladies sont un fléau de l'humanité depuis des siècles. Autrefois largement répandues, beaucoup de ces maladies ont progressivement disparu d'une grande partie de la planète, au fur et à mesure que les sociétés se sont développées et que les conditions de vie et d'hygiène se sont améliorées. Aujourd'hui, alors qu'on estime qu'elles gâchent la vie d'un milliard de personnes, les maladies tropicales négligées sont en grande partie cachées, ne sévissant que dans des zones rurales isolées ou dans des bidonvilles. En outre, on en entend peu parler car les personnes touchées ou qui y sont exposées ont politiquement peu de possibilités d'expression sur le terrain politique. Les maladies tropicales négligées sont habituellement loin d'occuper le devant de la scène sanitaire nationale et internationale. Elles provoquent d'énormes souffrances que l'on ne voit pas et dont on n'entend pas parler. Souvent elles tuent mais le nombre de morts qu'elles entraînent n'est pas comparable à celui provoqué par le VIH/Sida, la tuberculose. (OMS : 2010).

D'après Chippaux (2006 : 08) :

*La plupart des maladies tropicales négligées provoquent des incapacités graves définitives, mais elles tuent rarement. Le faible taux de mortalité, malgré une morbidité élevée, les place à la fin des tableaux de mortalité et, dans le passé, on ne leur a guère accordé de priorité. Pourtant, le prix de cette négligence est trop élevé ; ces maladies ont des conséquences pour les personnes touchées, les familles et les communautés dans leur ensemble en termes de charge de morbidité, de qualité de vie, de perte de productivité et d'aggravation de la pauvreté. Ces maladies dressent un obstacle dévastateur à*

*l'installation humaine et au développement socioéconomique dans des pays déjà appauvris (OMS : 2006 : 08).*

En effet, ces maladies qui sévissent exclusivement dans les régions tropicales pauvres, ne se propagent pas dans des pays lointains et ne touchent que rarement les voyageurs, comme c'est par exemple le cas lors des flambées de dengue. Parce qu'elles ne menacent que des régions pauvres, le reste du monde est peu au courant de leur existence. Les populations touchées les craignent beaucoup mais elles sont peu connues et mal comprises par les autres. Les besoins en termes de prévention et de traitement sont énormes mais les personnes touchées sont pauvres et n'ont donc que peu accès aux interventions et aux services nécessaires pour en bénéficier. Aujourd'hui, les maladies tropicales négligées trouvent leur terrain de prédilection dans les lieux socio économiquement les moins développés et où les mauvaises conditions de logement, l'accès difficile à une eau sans risque sanitaire et à des moyens d'assainissement, l'environnement malsain et le grand nombre d'insectes et d'autres vecteurs favorisent la transmission des infections. Intimes compagnes de la pauvreté, ces maladies maintiennent aussi de grandes populations dans le dénuement. L'onchocercose et le trachome entraînent la cécité.

La lèpre et la filariose lymphatique provoquent des déformations corporelles qui freinent la productivité économique et interdisent à ceux qui en sont atteints de mener une vie sociale normale. L'ulcère de Buruli est handicapant, notamment lorsqu'il faut amputer des membres pour sauver la vie du patient. La trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil) entraîne un affaiblissement sévère et elle est presque toujours mortelle en l'absence de traitement. Sans prophylaxie post-exposition, la rage entraîne une encéphalite aiguë et est toujours mortelle. Sous ses diverses formes, la leishmaniose laisse des cicatrices profondes et définitives ou détruit complètement les muqueuses nasale, buccale et gutturale. Dans sa forme la plus grave, la leishmaniose atteint les organes internes et est rapidement mortelle en l'absence de traitement. La maladie de Chagas peut entraîner chez le jeune adulte des cardiopathies, ainsi les personnes atteintes doivent être hospitalisées et sont dans l'incapacité de travailler.

Les formes graves de schistosomiase ont une incidence sur l'assiduité scolaire, favorisent la malnutrition et compromettent le développement cognitif des enfants. La maladie du ver de Guinée provoque des douleurs terribles et débilitantes pendant de longues périodes, souvent au plus fort de la saison des travaux agricoles. La dengue est une maladie à transmission vectorielle qui se propage rapidement, qui touche principalement les populations



pauvres en milieu urbain et qui est également le premier motif d'hospitalisation dans de nombreux pays (OMS : idem).

### **I.3.3. Facteurs de risque et de vulnérabilité au Tchad**

Un facteur de risque est un élément augmentant la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. Lorsqu'ils sont cumulés, les facteurs de risque ne sont pas simplement additionnés mais multipliés. Maladie du grenier vide, maladie des personnes vivant dans la pauvreté, maladie humiliante, maladie invalidante ... tels sont les termes utilisés pour désigner la maladie dite « ver de Guinée » ou la dracunculose. Au Tchad, plusieurs facteurs et vulnérabilités plurielles favorisent l'augmentation des cas et infections du ver de Guinée en milieu rural. Alors que la lutte contre la dracunculose consiste à promouvoir la consommation d'eau salubre, les communautés vivant dans les zones rurales tchadiennes n'ont pas accès à l'eau potable. Selon Sankara, par ailleurs chargé du programme ver de Guinée au siège de l'OMS Genève :

*En fait le ver de Guinée au-delà de tout c'est un indicateur de pauvreté, les gens affectés sont des gens qui sont dans les situations de pauvreté pas extrême mais sérieux ; significative en matière de pauvreté au point qu'il manque même d'eau potable, ils boivent l'eau de mare et quand il pleut c'est peut-être qu'ils boivent ça au même endroit que les animaux. Tu imagines dans un village ou les gens n'arrivent pas à boire l'eau potable au 21<sup>e</sup> siècle.*

Le Tchad se trouve confronté à une crise de l'eau potable en milieu rural. Selon le rapport de la Banque mondiale, moins d'un enfant sur deux (1/2) a accès à l'eau potable, seul un enfant sur 10 (1/10) a accès à un assainissement élémentaire et seul un enfant sur 17 (1/17) se lave les mains avec de l'eau et du savon (BM : 2019).

D'après Noudjiresengar Clément:

*La maladie du ver de guinée résiste au Tchad par ce que nous sommes pauvres, nous n'avons pas de force [moyens] donc nous sommes obligés de consommer l'eau de « Bouda » [mares] Si nous avons des pompes partout pour boire ça va nous aider. Si tu es champ entrain de labourer, parfois tu trouves l'eau de « Bouda » [mares] tu bois et même sur la route, si tu trouves de l'eau tu bois. Notre pays n'a pas autre moyen donc qu'ils [les bailleurs] nous aident avec l'eau potable pour boire et si le ver de guinée continue à faire rage encore on essayera de voir autres solutions. Sinon nous n'avons pas autres eau à boire au Tchad. Nous sommes toujours pauvre.*

Dans certains villages endémiques [ Bogam, Dangalakanyan, Djoballa] parcourus, il est observé l'absence des points d'eau potable. Les populations humaines et animales (domestiques et sauvages) se massent autour de quelques rares sources d'eau polluées (mares,

étangs et fleuves) formant ainsi des foyers de maladie potentiels. Les propos de Hamit Térap (40 ans) confirment les difficultés auxquelles les communautés rurales font face lorsqu'il déclare : « *Walaiiii !!!! C'est les arabes qui viennent dans notre localité qui ont amené le ver de Guinée. Nous consommons la même source d'eau du nom Ngato avec les nomades, c'est ça qui a causé le ver de Guinée dans ce village* ». (Agriculteur, entretien réalisé le 15/01/2020 à Bogam).

Dans cette bataille de survie, leurs conditions de vie non seulement ne leur permettent pas de respecter les gestes barrières pour éradiquer la dracunculose mais contribuent à une extrême vulnérabilité aux maladies hydriques notamment le ver de Guinée. L'accès à l'eau est principalement un problème pour les ménages ruraux, il faut parfois parcourir trente minutes ou plus pour aller chercher de l'eau à l'exemple des mares de Bogam notamment : « *Birka Bogam* », « *Kokoro* » et « *Rasalfil* » qui alimentent un village de 98 ménages. La consommation de ces mares par les populations a causé l'apparition de la maladie du ver de Guinée pour la première fois dans ce village méconnu par les agents de lutte contre le ver de Guinée.

Dans son rapport du 26 juin 2008, l'OMS estime que l'eau sale est à l'origine de 9,1% des maladies et de 6% des décès enregistrés chaque année dans le monde. Les enfants sont les premières victimes, puisque l'eau est en cause dans 22% des maladies chez les moins de 14 ans. Il y a une forte inégalité entre les pays riches et pauvres : l'eau est à l'origine de moins de 1% de la morbidité dans les pays développés, cette proportion atteint 10% dans les pays en développement. Le chiffre des décès varie de 0,5% pour les pays développés à 8% pour les PED. Chez les enfants, l'eau sale est responsable d'un quart des décès (OMS : 2008).

La mauvaise qualité de l'eau, le manque d'hygiène, la malnutrition, voire les carences alimentaires, augmentent la morbidité et la mortalité (Lysaniuk & Tabeaud : 2015). A cela, s'ajoute l'absence des centres éducatifs. En effet, l'application des mesures barrières dans la lutte contre le ver de Guinée relayés par les agents de santé villageois à travers les sensibilisations serait bénéfique si les populations rurales sont instruites. Hors, le constat a montré que la plupart des personnes vivant dans les zones endémiques n'ont pas un niveau requis pour comprendre l'importance des sensibilisations dans la lutte contre le ver de Guinée. Il y'a pas des centres éducatifs dans la majorité des villages où sévit le ver de Guinée. Pourtant, l'accès à l'éducation pour tous est réaffirmé à travers de nombreuses conférences des Nations unies comme la "Déclaration mondiale sur l'éducation pour tous " en 1990 ou le " Cadre d'action de Dakar" en 2000. Le second objectif de développement du Millénaire

prévoit de "donner à tous les enfants, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires (Droy : 2005).

Quelques informations parachutées par l'équipe du programme déployée sur le terrain n'ont pas un impact considérable dans la lutte contre le ver de Guinée à cause de l'analphabétisme. A ce sujet, l'analyse faite par Mbaihondoum (2016 : 78) sur l'utilisation des tracteurs dans la Tandjilé-Est reste toujours d'actualité lorsqu'il affirme que la plupart des producteurs agricoles qui utilisent les tracteurs ne savent ni lire ni écrire et ceci dans aucune langue. A défaut d'un niveau d'instruction acceptable, ils éprouvent beaucoup des difficultés dans le respect de l'itinéraire technique.

La majorité des zones où sévit le ver de Guinée n'a aucune structure sanitaire. Les personnes malades doivent parcourir une longue distance pour se rendre dans un centre de santé avec tous les risques possibles. Il a été observé lors d'une enquête de terrain, des centres de santé dépourvus des personnes qualifiées. On note la présence de quelques volontaires plus ou moins instruits qui travaillent à la place des personnes qualifiées. Il y'a également le manque des médicaments nécessaires, le plateau technique de manière globale ne permet pas d'assurer les premiers soins dans la plupart des villages parcourus laissant les populations rurales dans la désolation totale en dépit des traités et accords internationaux sur la santé approuvée par le Tchad notamment Alma Ata (1978), Ottawa (1986) et Bamako (1987), etc. Pour atteindre le centre de santé, il faut parcourir 10 à 15 km, sur des pistes impraticables à cause de la boue et de la poussière. (Djouda et *al* : 2019). Cette situation est observée dans la majorité des villages endémiques sillonnés dans le cadre de cette recherche.

L'offre [de soin] demeure concentrée dans les ensembles urbains et notamment dans les grandes villes au sein desquelles les possibilités d'accès à la santé sont théoriquement démultipliées par la diversité de l'offre de services de santé. (Olvera et *al.*,2011). Ces différentes vulnérabilités se chevauchent les unes sur les autres et engendrent ainsi le phénomène de co-vulnérabilité source par excellence de la recrudescence du ver de Guinée en milieu rural tchadien. Les images ci-dessous illustrent bien les conditions de vie des populations vivant dans les zones endémiques de dracunculose.

**Photo n° 5 : Attroupement autour d'une mare à Aboudéïa**



**Sources : Enquête de terrain, Janvier 2020**

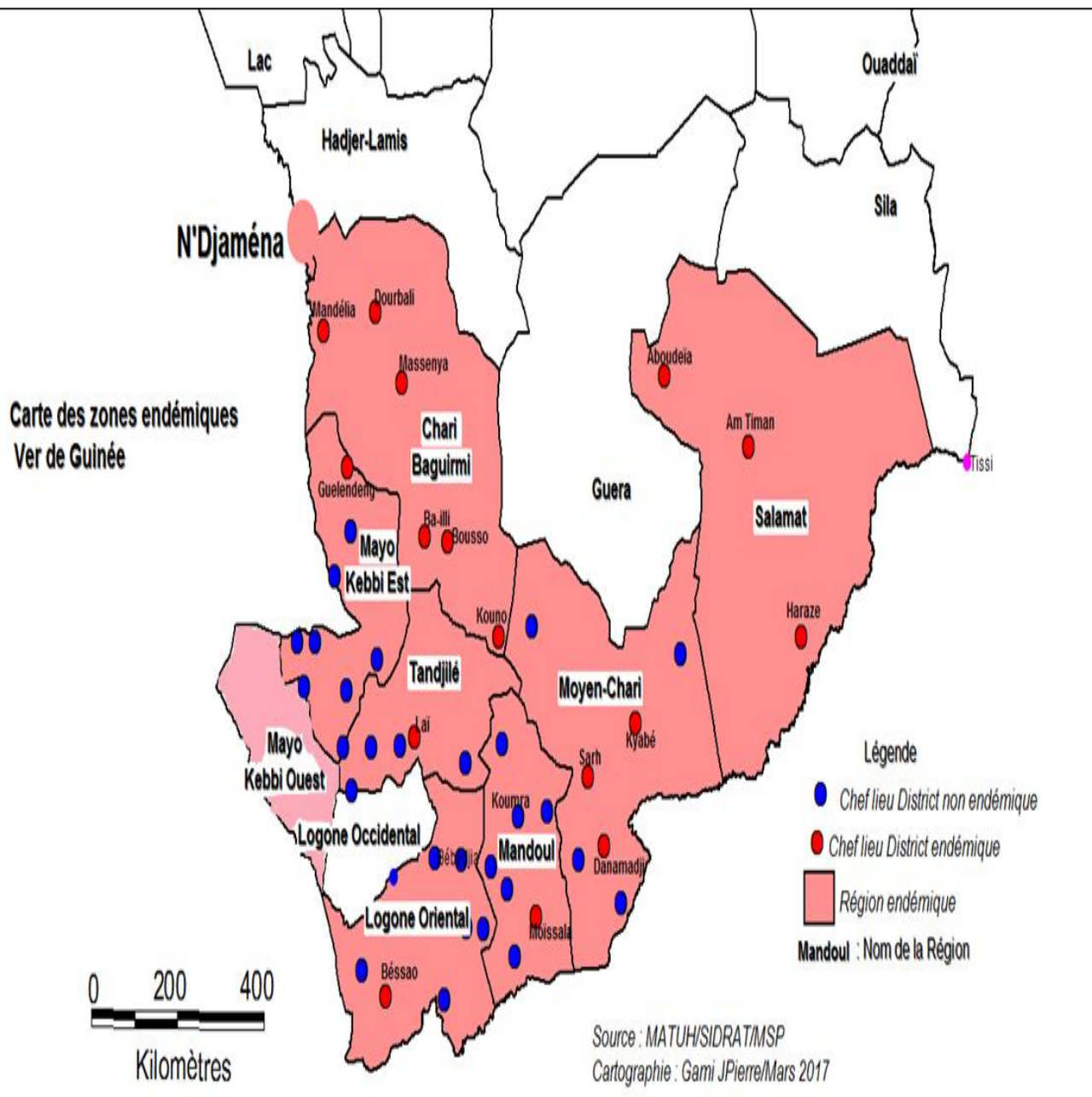
Les images ci-dessus illustrent parfaitement les difficultés d'accès à l'eau dans la majorité des villages endémiques de dracunculose. Les quelques rares sources d'eau polluées sont utilisées quotidiennement dans les ménages. Cette vulnérabilité liée à l'eau favorise davantage la recrudescence des cas et infections du ver de Guinée en milieu rural tchadien. Le rapport de l'OMS sur ce sujet reste toujours d'actualité lorsqu'elle affirme que :

*Les maladies liées à l'eau sont très variées. Elles comprennent tout d'abord les maladies acquises par l'ingestion d'eau non potable. C'est le mode de transmission de la plupart des maladies diarrhéiques, de certaines hépatites virales, de la fièvre typhoïde et de certaines infections par des vers parasites. Elles comprennent aussi des maladies liées au manque d'eau rendant impossible les pratiques d'hygiène de base. C'est le cas de nombreuses maladies diarrhéiques, mais aussi beaucoup d'infections cutanées et même des infections oculaires transmises par les mains sales. Il existe aussi des maladies liées à des vers parasites qui pénètrent au travers de la peau lors de baignades dans des eaux douces, ainsi que des maladies transmises par des moustiques utilisant les eaux stagnantes pour pondre et assurer leur descendance (paludisme, dengue, Chikungunya) (OMS :2008).*

### **I.3.4. Les principales zones endémiques au Tchad**

Au Tchad, la dracunculose sévit depuis fort longtemps, de façon endémique, dans plusieurs régions du pays, dont essentiellement celles du sud et du centre. Le PNEVG a mené une enquête nationale sur la recherche de cas qui a commencé en début novembre 1993 et pris fin en mars 1994. Durant cette enquête, 8601 villages ont été visités dans 35 districts et 9 préfectures dont 1231 cas de ver de Guinée ont été documentés dans 106 villages repartis sur 6 préfectures (PNEVG : 2012). Après la découverte de deux cas de ver de Guinée à Nanguigoto dans le district sanitaire de Guelendeng entre Avril et Juin 2010 après 9 ans sans aucune notification de cas, le ver de Guinée fait parler de lui désormais dans huit (8) régions du Tchad avec 23 districts sanitaires à savoir : région du Chari-Baguirmi, (6) districts sanitaires (Bâ-illi ; Bousso ; Dourbali ; Kouno ; Mandelia et Massenya) ; région du Moyen-Chari, (5) districts sanitaires (Biobé ; Danamadji ; Korbol ; Kyabé et Sarh) ; région du Mandoul, (02) districts sanitaires (Bédaya et Moissala) ; région du Mayo-kebbi Est, (03) districts sanitaires (Bongor ; Guelendeng et Moulkou) ; région du Salamat, (02) districts sanitaires (Aboudéïa ; Haraze Manguaigne) ; région de Tandjilé, (03) districts sanitaires (Lai; Béré et Kolon); ville de N'Djamena, (9e Arrondissement ; N'Djamena Sud ). Il est noté au total 27 Villages avec cas humain en 2019 ; 39 Villages avec infection chez les chats ; 428 Villages avec infection chez les chiens ce qui donne un nombre total de 494 villages endémiques de dracunculose en 2019 au Tchad (PNEVG : 2019).

Carte n°2 : Carte des zones endémiques du ver de Guinée



Source : MATUH /SIDRAT / MSP Cartographie : Gami JPierre / Mars 2017 ; cité par  
**PNEVG 2019**

Il est ressorti de cette carte ci-haut que l'éradication du ver de Guinée qui a fait l'objet de grandes mobilisations des ressources humaines, matérielles et financières mais aussi des réunions, ateliers et revues par les autorités sanitaires est non seulement loin d'être éradiqué mais continue davantage de laisser ses empreintes dans plusieurs villages sous surveillances y compris ceux qui ne sont pas sous surveillance. De 106 villages endémiques entre 1993-1994, le ver de Guinée est présent dans 494 villages tchadiens en 2019.

### I.3.5. Situation épidémiologique dans chaque village endémique

La situation épidémiologique du ver de Guinée au Tchad varie d'un village à un autre compte tenu de leurs positions géographiques mais aussi des activités pratiquées par les communautés rurales. Parmi les quatre (4) régions (Chari-Baguirmi, Mayo-kebbi Est, Moyen-Chari et Salamat) parcourus pour la collecte des données, il a été observé l'évolution de la situation de la maladie du ver de Guinée sinon la distribution des cas et infections dans plusieurs villages endémiques en fonction des vulnérabilités des communautés malades.

**Tableau n° 6 : Statistiques de la maladie du Ver de Guinée par Délégation sanitaire de 2010 à 2019**

<b>Délégation sanitaire du Chari-Baguirmi</b>	<b>Districts sanitaires</b>	<b>Centres de santé</b>	<b>Cas et infections / Ver de Guinée (2010-2018)</b>	<b>Villages sous surveillance active</b>
	06	74	486	971
<b>Délégation sanitaire du Salamat</b>	Districts sanitaires	Centres de santé	Cas et infections / Ver de Guinée (2010-2019 )	Villages sous surveillance active
	03	39	47	214
<b>Délégation sanitaire du Moyen-Chari</b>	Districts sanitaires	Centres de santé	Cas et infections / Ver de Guinée (2010-2019 )	Villages sous surveillance active
	08	74	442	441
<b>Délégation sanitaire du Mayo-Kebbi-Est</b>	Districts sanitaires	Centres de santé	Cas et infections / Ver de Guinée (2010-2019 )	Villages sous surveillance active
	03	39	47	214

**Source : Enquête de terrain, 2019**

En effet, la délégation sanitaire du Chari-Baguirmi l'une des régions endémiques du ver de Guinée compte 06 districts sanitaires et 74 zones de responsabilités dont 66 fonctionnelles. Parmi les douze (12) villages<sup>10</sup> sillonnés, les principales activités s'articulent autour de l'agriculture, la pêche et l'élevage. L'accessibilité dans la région est difficile pendant la saison pluvieuse à cause du fleuve Chari. Il est notifié 308 infections en 2017 contre 444 en 2018; 42 cas humains ont été notifiés de 2010-2018. 971 villages sous surveillance active pour un total de 2.763 acteurs mobilisés pour la surveillance dans la région du Chari-Baguirmi. Tous les cas humains notifiés dans la région sont dûs soit à la consommation des grenouilles, poissons, tortues et mares.

La délégation sanitaire du Salamat compte trois (3) districts sanitaires : Am-timan, Aboudéïa et Haraze Manguaigne. Trente-huit (38) Centres de Santé fonctionnels et 1 non fonctionnel. Vaste zone marécageuse de 63 000 km<sup>2</sup> avec une population de 208 406 sous surveillance, la dracunculose est présente dans tous les districts. La région fait non seulement face d'accès difficile à l'eau potable (30%) mais enclavée davantage. Il est observé un important mouvement des populations nomades, pêcheurs, des travailleurs saisonniers agricoles, transhumants (RDC, RCA, soudan). D'après les données disponibles, il y a 214 villages sous surveillance active en 2018 et 536 agents de terrain. Selon les données disponibles, 41 cas humains ont été notifiés dans la région du Salamat de 2010 à 2019 et 6 infections (PNEVG : 2019). La région enregistre la contamination de plusieurs mares par le chien. Le lien épidémiologique possible entre les cas et infection est davantage observé dans les villages (Cas 3 de 2017 est la nièce du cas 5 ; Cas 2 est la mère des cas 6 et 7, partagent la même concession). Le même scénario s'est produit en 2019 à Bogam (Aboudéïa) où plusieurs membres de différentes familles ont été infectés à travers un seul lien. Des facteurs de risque tels que forte consommation de source d'eau non potable, non-respect des mesures préventives, mouvement de population, boyaux de poisson jetés dans la nature, séchage de poisson à même le sol sont récurrents dans tous les villages.

La délégation sanitaire du Moyen-chari compte huit (8) districts ( Danamadji, Korbol, Kyabé, Sarh, Maro, Biobé, Koumogo et Balimba) et 441 villages sous surveillance active de dracunculose. Les cas humains notifiés de 2010-2018 est de 33 et 409 infections en 2018. Tous les villages des cas de 2018 sont des villages de pêche et aucun d'eux ne dispose d'eau

---

<sup>10</sup> N'Djamena Bouso ; Nguerbéti ; Bouso centre ; Baingara ; Matabono ; Djoballa 4; Moursal ; Tawan Marba ; Ngargué ; Ngara.



potable, l'eau des mares et du fleuve chari sont les seules sources d'eau de consommation.<sup>11</sup> Il faut signaler que 377 infections rapportées en 2017 contre 409 en 2018. Les facteurs de risque relevés au cours des investigations sont entre autres, la consommation d'eau non potable (mare, fleuve chari), la consommation d'espèce aquatique notamment le poisson, antécédent d'infection animale dans ces villages.

Dans la délégation sanitaire du Mayo-kebbi Est, il est noté sept (7) districts avec une population de 1 082 559. Trois districts sont endémiques du ver de Guinée à savoir Guelendeng, Bongor et Moulkou. En effet, traversée par le fleuve logone, la région dispose également des cours d'eau permanents comme le lac Tikem, le lac Fianga, le lac Youé, la Kabbia et d'autres étendues d'eau faisant de la région un territoire à vocation agro-pastorale. D'après les statistiques du PNEVG (2018), 193 villages sont sous surveillance active de dracunculose, il a été dénombré 11 cas de 2010 à 2018 et 143 infections en 2018 dans la région. Vingt un (21) villages sous surveillance n'ont pas accès à l'eau potable, aucun forage fonctionnel et pas de puit protégé dans le village. Il est à préciser que c'est dans cette région que le ver de Guinée a réémergé à Nanguigoto en 2010 pendant que le Tchad se préparait pour la certification, plongeant ainsi le pays dans la liste des pays endémiques. Plusieurs difficultés limitent la lutte contre le ver de Guinée notamment la surveillance des chats errants, le refus d'utilisation de trous de boyaux par certains ménages, la pêche collective a lieu au début de la saison de haute transmission de VG.

### **I.3.6. Situation ou position des villages non endémiques**

L'éradication de la maladie de ver de Guinée repose sur les activités de surveillance, d'éducation et de prise en charge de cas. Ces interventions simples ont permis d'éliminer le ver de Guinée dans plusieurs pays. Pour le cas du Tchad, l'entrée en jeu des infections de ver de Guinée chez les chiens complique le tableau des interventions menées par le Programme National d'Eradication de Ver de Guinée. Parmi les délégations sanitaires parcourues, il est noté des villages endémiques et ceux non endémiques de dracunculose. En effet, dans sa logique d'intervention contre la dracunculose, le PNEVG a classé les zones selon la gravité de la situation épidémiologique des villages à surveiller. Les villages non endémiques ne sont pas pris en compte par les agents de terrain en dépit des déplacements çà et là des chiens infectés. Ces multiples mouvements de la population canine augmentent le risque des villages

---

<sup>11</sup> Pendant l'enquête de terrain, il a été observé l'insuffisance sinon l'absence d'eau potable dans quelques villages sillonnés notamment Dangalakanyan ; Marabé1 ; Marabé2 ; Marabodoukouya ; Oulboye ; Héllibongo ; Doguigui et Gentille.

non endémiques d'attraper le ver de Guinée car ces chiens peuvent facilement contaminer plusieurs sources d'eau dans leurs déplacements. Il faut souligner que dans les villages non endémiques, les populations n'ont pas une connaissance du ver de Guinée par manque de sensibilisations. Les matériels distribués pour lutter contre le ver de Guinée se limitent uniquement dans les villages endémiques. Les filtres sont distribués dans un village lorsqu'une source d'eau utilisée par la communauté pour la boisson est contaminée par l'homme ou l'animal malade du VG.

En rappel, il y a trois (3) formes de surveillance qui sont réalisées par le programme sur le terrain à savoir :

La surveillance active pour des zones endémiques. Elle consiste en de recherches journalières de cas de ver de Guinée de ménage en ménage par les Agents de Santé Villageois (ASV) dans tous endroits habités (village, ferrique). Les équipes du PNEVG dans la zone déterminée travaillent ensemble pour la mise en place des interventions visant à interrompre la transmission dans cette zone tout au long de l'année. Les agents de VG doivent s'assurer que tous les ménages sont pris en compte dans la surveillance.

La surveillance renforcée pour de zones auparavant endémiques ou/et à risque élevé de cas importés. Elle se sert des infrastructures de surveillance épidémiologique intégrée déjà existantes (relais communautaires, points focaux en charge des épidémies, etc.) pour détecter et répondre au cas de ver de Guinée dans l'immédiat ;

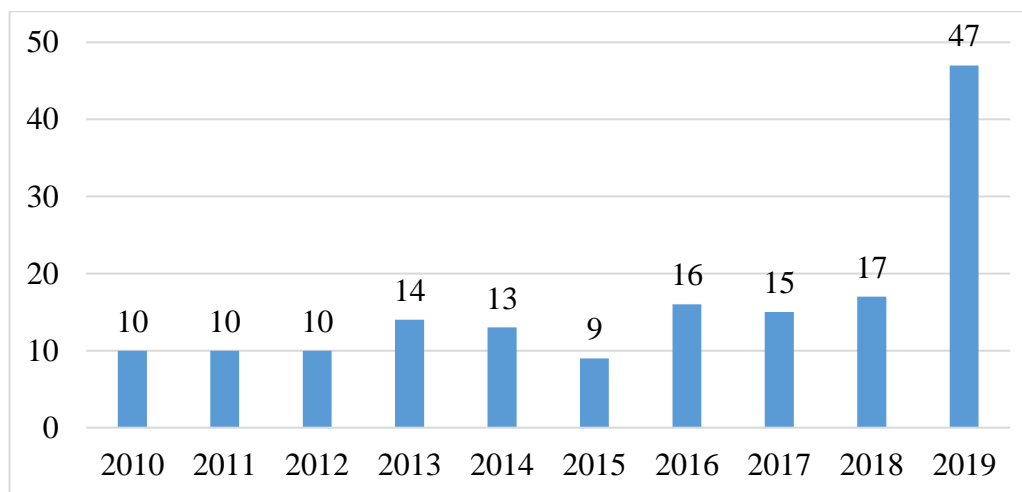
La surveillance renforcée pour de zones et districts jamais endémiques et à moindre risque.

### **I.3.7. Situation épidémiologique du ver de Guinée chez les humains**

Véritable problème de santé publique dans les années 1980 avec près de 3,5 millions de cas dans le monde, aujourd'hui c'est une maladie presque éradiquée du globe. Seulement 4 pays (Ethiopie, Mali, Soudan du sud et Tchad) dans le monde sont encore endémiques (OMS, 2018). Au Tchad, depuis la recrudescence de cas humains en 2010, après 10 ans sans notification, la situation ne cesse de s'empirer d'année en année. En 2018, sur un total de 28 cas humains confirmés dans le monde, 17 cas sont notifiés au Tchad soit 61%. Du 1<sup>er</sup> Janvier au 30 septembre 2019, 45 cas de ver de Guinée confirmés chez l'homme sont notifiés dans le monde dont 42 au Tchad soit 91%. (OMS : 2019). Le Tchad apparaît clairement comme étant l'épicentre mondial du ver de Guinée. Spécifiquement au Tchad, la maladie du ver de Guinée se transmet aussi par la consommation de poissons mal-cuits contaminés. Cette épidémiologie

incluant l'hôte parénétique qu'est le poisson ou autre animal aquatique donne au Tchad la particularité d'enregistrer des infections de ver de Guinée chez les chiens et les autres animaux domestiques se nourrissant des poissons non bien cuits et les entrailles de poissons.

**Histogramme n° 1 : Distribution des cas humains du ver de Guinée au Tchad (2010-2019)**



**Source : PNEVG, 2019**

Il est observé dans l'histogramme n°1 ci-dessus que le nombre des cas humains causé par la dracunculose évolue graduellement depuis la réémergence du ver de Guinée en 2010 à Nanguigoto (Région du Mayo-kebbi Est). Cette augmentation de cas complée avec les infections animales rendent difficile l'éradication du ver de Guinée au Tchad en dépit des ressources mobilisées.

### **I.3.8. Relations entre le ver, l'humain et les animaux**

Le dénominateur commun entre le cas humain et l'infection animale du ver de Guinée au Tchad réside au niveau des éléments causaux. La consommation soit de l'eau infectée, soit d'un hôte parénétique comme poisson ou tout autre animal aquatique mal cuit. Tous ces canaux sont des moyens par lesquels chiens, chats et êtres humains attrapent le ver de Guinée au Tchad. Autre point à souligner dans ce rapport homme / animal est que l'Homme peut faciliter l'infection animale à travers les boyaux abandonnés à l'air libre tout comme le chien / chat peut faciliter le cas humain en contaminant une source d'eau. Le phénomène a été observé en 2012 et, depuis lors, plusieurs chiens porteurs de vers émergents, génétiquement identiques à ceux qui apparaissent chez l'Homme.

Il n'existe véritablement pas de différence entre le ver de Guinée chez l'Homme et l'animal au niveau de la forme. Car, il est observé un ver blanc, filiforme venant d'un ulcère

ou d'une plaie sur la peau de la personne ou de l'animal infecté. Tout de même, il faut noter une légère différence dans la manifestation des signes et symptômes. Dans la plupart de cas il s'agit d'une ampoule et une plaie fraîchement ouverte sur le corps avec grattement à l'endroit atteint. Dans certains cas, on peut observer que le chien boite ou se trouve dans une condition de malaise généralisé, alité avec peu de mouvements. Néanmoins, il est à retenir que le gonflement, l'ampoule et la plaie sur le corps sont les signes les plus distinctifs de la maladie du ver de Guinée chez les animaux contrairement à la manifestation chez les humains avec les signes et symptômes suivants : démangeaison, brûlure, gonflement, douleur, ampoule et plaie.

**Photo n° 6 : Similitude du ver de Guinée extrait chez l'homme et l'animal**



**Source : PNEVG, 2018 ; 2019**

L'observation des photos ci-dessus permet en réalité de comprendre qu'il n'ya pas de différence entre le ver de Guinée chez l'homme et l'animal. Les êtres humains tout comme les animaux souffrent d'un même problème causé par un ver filiforme qui affecte énormément non seulement leurs capacités à subvenir aux besoins quotidiens mais aussi cause des monstruosité de corps.

**I.3.9. Relations entre les mobilités humaines et la propagation du ver de Guinée**

La mobilité humaine locale, régionale et mondiale est un phénomène complexe et dynamique qui peut amplifier la propagation des maladies transmissibles et les incidences des événements de santé publique. La récente flambée d'Ebola en Afrique de l'Ouest en témoigne (OIM : 2015). Ce processus [la diffusion d'une épidémie] est activé selon Daudé et *al.*, (2005 :2), par la circulation d'individus et/ou de groupes plus ou moins structurés qui

transmettent un agent pathogène selon différentes modalités. Au Tchad, la propagation du ver de Guinée est observée à travers les déplacements de personnes à l'intérieur du pays à la recherche des meilleures conditions de vie. A Bogam dans le département d'Aboudéïa, le jeune Abdramane Issa, âgé de 18 ans, qui, après avoir bu l'eau de mare [Angato] a fait le ver à Sarh (région du Moyen-chari) après avoir séjourné quelques semaines dans la localité. Ce même phénomène s'est produit à Ngonn Bâ Sara, un quartier situé au sud de N'Djamena où, un autre enfant, après avoir bu l'eau de mare souvent utilisée pour la culture maraichère par son père a fini par faire le ver à Ligna (Dourbali). Au sujet de la propagation de dracunculose à travers la mobilité, voici les déclarations recueillies sur le terrain :

*Humm ! C'était d'abord comme un bouton au début quand on était encore ici. Nous sommes allés assister à la cérémonie de mariage de mon oncle à Mourkoun là-bas. Etant là-bas ça a commencé à le démanger et il ne faisait que gratter. Après constat, mon oncle a mis de la compresse mouillée sur le bouton et comme l'enfant avait de la fièvre, il lui a donné des médicaments et la fièvre était tombée. Quand il a retiré la compresse du bouton, il a remarqué que ça gonflait et là, il a appelé, ils sont venus nous prendre pour le centre de santé à Mandéïa et aux environs de 20h, ils ont réussi à extraire la chose de son corps. (Nékingam Alice, 28 ans ; entretien réalisé le 17/10/2019 à Ngonn bâ sara).<sup>12</sup>*

Dans un rapport sur la mobilité et santé, l'OMS souligne que les destinations où les conditions d'hébergement, l'hygiène et l'assainissement sont médiocres, où il n'y a pas de services médicaux ni d'eau propre peuvent mettre gravement en danger la santé des voyageurs » (OMS 2009 :2).

---

<sup>12</sup> L'entretien a été réalisé en langue locale (Ngambai) et retranscrit en français par Mbairamadji Manassé Noël, sociologue.

Il a été question au terme de ce chapitre de comprendre et d'expliquer la ré-émergence du ver de Guinée en milieu rural tchadien mais également, retracer objectivement son historique, sa situation actuelle mais aussi l'épidémiologie à travers le monde. Ce premier chapitre a permis d'aborder successivement les questions liées aux causes, symptômes et manifestations biomédicales du ver de Guinée. Ensuite, mettre en exergue les pays ayant éradiqué la dracunculose sur leurs territoires. Les facteurs de risque et de vulnérabilité, les principales zones endémiques, la situation ou position des villages non endémiques n'ont pas été perdus de vue dans ce premier chapitre de la présente thèse. Etat de lieu de l'épidémiologie du ver de Guinée chez les humains et animaux puis leurs corrélations ont fait l'objet d'une analyse. Enfin, les questions liées aux relations entre les mobilités humaines et la propagation du ver de Guinée ont été appréhendées avec beaucoup d'attention au cours de ce chapitre. Il importe de souligner que plusieurs facteurs notamment les vulnérabilités économiques, sanitaires et éducatives ont contribué à la recrudescence de la dracunculose voire sa propagation au Tchad. Cette esquisse permet d'amorcer à la suite de cette partie le deuxième chapitre qui va s'appesantir sur les ripostes institutionnelles face à la dracunculose.

## **CHAPITRE II : RIPOSTES INSTITUTIONNELLES, NATIONALES ET INTERNATIONALES DE LUTTE CONTRE LE VER DE GUINEE AU TCHAD**

Le deuxième chapitre de cette première partie de la thèse interroge les mobiles de la création du programme national d'éradication de dracunculose au Tchad. Les principes directeurs de l'OMS pour faire face au ver de Guinée sont abordées. Les questions relatives aux stratégies de dépistage, contrôle et traitement sont appréhendées. Les points portants sur les principaux partenaires du programme et leurs contributions sont également traités. Dans ce chapitre, les stratégies et moyens de communication mobilisés par le programme pour les sensibilisations ne sont pas perdus de vue. Enfin, il est mis en exergue la collaboration entre les acteurs du programme et les acteurs communautaires mais aussi le profil socioprofessionnel des responsables.

### **II.1. Le Programme National d'Eradication de Ver de Guinée au Tchad**

La restructuration du système de santé amorcée en 1990 par les autorités tchadiennes a permis la mise en place d'une institution nationale de lutte contre le ver de Guinée au Tchad dénommée Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG).

#### **II.1.1. Création**

Le PNEVG a été créé par Arrêté n° 222 /MSPAS/SE/DG/152/DAAF/DILA/91.

**Article 1 :** Il est créé au sein du Ministère de la santé publique et des affaires sociales un Programme National de Lutte Contre la Dracunculose en abrégé PNLD.

#### **II.1.2. Objectifs principaux**

Placé sous tutelle du Ministère de la santé, il est hiérarchiquement rattaché à la Division des Maladies Transmissibles qui, elle, dépend de la Direction des Activités de Santé.

**Article 2 :** le programme a pour objectifs principaux :

- ✓ Eliminer la dracunculose dans toutes les régions endémiques du pays notamment :
- ✓ Développer l'éducation pour la santé afin de promouvoir la prophylaxie individuelle de la dracunculose ;

- ✓ Promouvoir l'action communautaire de prévention de la dracunculose ;
- ✓ Fournir des sources sûres (exemptes de copépodes) d'eau de boisson à la population concernée par la maladie ;
- ✓ Utiliser des moyens chimiques de lutte (Abate) ;
- ✓ Traiter les personnes affectées par la maladie (extraction mécanique des vers, prévention secondaire des infections). (MSP : 1991).

**Article 3 :** Le programme est placé sous la responsabilité d'un Médecin spécialiste en santé publique.

**Article 4 :** Il est nommé par l'arrêté du Ministre de la santé publique et des affaires sociales sur proposition du Directeur Général.

**Article 5 :** Le responsable du programme est chargé de superviser les activités.

**Article 6 :** Le budget du programme est assuré par l'Etat et les subventions diverses.

**Article 7 :** Le responsable doit veiller à la bonne gestion des ressources humaines, financières et matérielles mises à sa disposition.

**Article 8 :** Au niveau des préfectures, le programme est placé sous la responsabilité des Délégués des préfectures socio-sanitaires.

**Article 9 :** Le programme est rattaché au bureau des institutions nationales de la Direction Générale.



### Photo n° 7 : Siège et bureau de coordination du PNEVG



Source : Enquête de terrain, janvier 2020

Logée au sein de la direction des grandes endémiques (lèpre, tuberculose, dracunculose), la coordination du PNEVG dispose d'une direction ultra moderne et décapotable. Ce bâtiment mis en place à base des conteneurs est le fruit de la collaboration entre le PNEVG et son partenaire Centre Carter qui l'appui dans l'éradication de la dracunculose. Il est à noter que ce bâtiment a été réceptionné par le Ministre de la santé juste après la revue annuelle du PNEVG de 2019. C'est dans ses locaux que toutes les activités de coordination sont planifiées pour sa mise en œuvre sur le terrain.

#### II.1.3. Orientations- Stratégies/activités

Les principales stratégies et interventions qui ont été mises en œuvre par le Programme pour atteindre ses objectifs sont : formation / recyclage des agents, surveillance épidémiologique à base communautaire, isolement et prise en charge des cas, vulgarisation de l'utilisation du tissu-filtre, approvisionnement en eau potable, mobilisation sociale (Information-Education-Communication ( IEC), lutte anti-vectorielle ( traitement des mares, système de récompense, supervision et suivi-évaluation. D'après Nguénamadjé Alexis, agent renfort au Centre Carter :

*Nous avons plusieurs stratégies subdivisées en deux grandes parties : nous avons les stratégies de base et les stratégies supplémentaires. Les stratégies de base dans la lutte d'éradication du ver de Guinée sont beaucoup plus centrées sur la communication, la sensibilisation, les causeries éducatives, le traitement d'abatte, l'attachement des chiens, ce sont les stratégies de base dans l'éradication. Mais en dehors de ça, nous développons aussi une stratégie supplémentaire (Entretien réalisé par téléphone, janvier 2020).*

#### **II.1.4. Formation / recyclage des agents**

La formation des Agents de Santé Villageois (ASV) et du personnel chargé de leur encadrement, suivi et formation continue est un élément essentiel préalable au démarrage de toutes activités d'éradication du ver de Guinée. Elle est axée sur : l'origine de la maladie du ver de Guinée, les méthodes de prévention de la maladie, les mesures collectives et individuelles que les communautés doivent connaître et prendre en compte pour éviter le ver de Guinée, les aspects opérationnels de la surveillance (définition de cas, visite à domicile pour le dépistage actif, transmission des données, traitement des cas de ver de Guinée. La formation du personnel de santé des districts endémiques est également importante pour deux raisons : (1) renforcer la capacité des districts pour assurer une décentralisation efficace du programme, (2) contourner l'inaccessibilité des districts endémiques pendant la saison de pluies, période critique pour le programme mais aussi accroître l'implication des districts et des responsables locaux dans le programme. La formation doit même s'étendre aux autorités locales (Chefs de villages et cantons, sous-préfets, préfets), aux enseignants, aux élèves, aux Associations des femmes et des jeunes, aux ONG..., qui peuvent contribuer à la sensibilisation et à la mobilisation des communautés. Un recyclage des ASV et agents de santé est nécessaire pour maintenir leur motivation, introduire de nouvelles informations ou stratégies du programme, faire une auto-évaluation des activités. « *La réussite du programme d'Eradication du Ver de Guinée dépend de la formation de tous ceux qui, de par leurs activités sur le terrain ou leur influence sur l'entourage peuvent apporter une contribution efficace* » (PNEVG : 1994).

#### **II.1.5. Surveillance épidémiologique à base communautaire**

La surveillance épidémiologique est une boussole du programme. Elle est à base villageoise et active. Son objectif est de dépister activement et précocement tout cas de ver de Guinée survenu dans un village endémique ou existe un Agent de Santé Villageois (ASV) afin que les mesures de préventions nécessaires soient prises par les agents et communautés

concernés. Une analyse régulière des données de surveillance et leur projection en graphiques ou carte géographique est importante pour le suivi et aussi pour la phase finale de l'éradication. La définition ou l'identification d'un réseau permanent et sûr de transmission des données du niveau village au niveau central est cruciale pour utilisation rationnelle des données pour planifier les activités au niveau local et national.

### **II.1.6. Isolement et prise en charge des cas**

La prise en charge de cas constitue l'une des interventions les plus importantes pour l'éradication de ver de Guinée. Le PNEVG décrit les étapes qui précèdent la prise en charge comme suit :

✓ **Détection** : action d'identification d'une personne présentant les signes et les symptômes de ver de Guinée par les agents du PNEVG ou autre personne ayant la connaissance sur la maladie. Il est recommandé que la surveillance soit aussi active que possible afin de pouvoir détecter les signes et les symptômes de ver de Guinée dans moins de 24 heures ;

✓ **Emergence** : la sortie du ver de Guinée de la peau de la personne infectée. Le ver femelle fécondé (qui mesure entre 60 et 100 cm de long) se déplace sous les tissus cutanés jusqu'à atteindre son point de sortie, généralement au niveau des membres inférieurs, formant une vésicule ou une tuméfaction d'où il finit par émerger. L'émergence du ver a lieu 10 à 14 mois après l'infestation ;

✓ **Notification** : action consistant à informer les agents du PNEVG de l'émergence du ver de Guinée chez une personne déterminée. Des agents ou des responsables au sein de la communauté, après avoir reçu une formation élémentaire qui leur permette de reconnaître certaines le ver de Guinée, détectent celles-ci à l'intérieur de la communauté et les notifient ;

✓ **Confirmation** : action des agents du PNEVG consistant à vérifier et à approuver qu'il s'agit bien du ver de Guinée. Si le ver est sorti mais qu'il n'a pu être vu par l'un des agents du PNEVG, SASV/AR/CT, ceci ne sera pas considéré comme un cas confirmé. La confirmation doit s'accompagner de l'information de ce cas suspect au CT mentionnant l'identification du malade, son village de résidence et la date de détection. Seul le laboratoire ayant l'expertise requise donnera la confirmation définitive ;

✓ **Isolement** : l'objectif est d'isoler chaque cas de ver de Guinée afin de prévenir la transmission de la maladie. Ces conditions suivantes doivent être remplies pour qu'un cas soit dit isolé : le cas doit être détecté et traité dans les 24 heures suivant l'émergence. Le

pansement et l'éducation doivent commencer dans les 24 heures suivant l'émergence et continuer jusqu'à ce que le ver soit complètement enlevé et la plaie complètement guérie. Un ver n'est pas isolé lorsqu'il est toujours sous pansement.

### **II.1.7. Vulgarisation de l'utilisation du tissu-filtre**

Les filtres sont distribués dans un village lorsqu'une source d'eau utilisée par la communauté pour la boisson est contaminée par l'homme ou l'animal malade du VG. La filtration d'une source d'eau non sûre (eau de mares, des marigots...) doit se faire constamment pour être efficace. Il n'est pas nécessaire de filtrer l'eau des forages ou des puits modernes. La vérification de la qualité du filtre est importante, tout filtre avec trous doit être systématiquement remplacé d'où la nécessité d'étudier la durée moyenne d'un filtre (recherche opérationnelle). L'application du téméphose dans une source d'eau n'exclut pas la filtration de l'eau de cette source d'où il est nécessaire de faire également recours aux filtres.

D'après Nguénamadje Alexis :

*Oui, la distribution des filtres à eau est juste des mesures d'accompagnement dans l'éradication, c'est-à-dire juste des stratégies qu'il fallait, si les gens doivent boire de l'eau qui ne doit pas contenir les copépodes ou bien les œufs de ver de guinée dans le langage simple, il fallait leur donner les filtres à tissu ou bien les filtres à tube, donc c'était juste des stratégies, des mesures d'accompagnement que nous avons pour écarter les humains de la contamination. (Entretien réalisé par téléphone, janvier 2020).*

Tenant compte de l'inaccessibilité des villages endémiques, il est essentiel qu'un stock de tissu filtre soit constitué au niveau de chaque ASV et au niveau du district. Selon les instructions du programme :

- ✓ Si la source d'eau contaminée est utilisée pour la boisson, la distribution de filtres est recommandée même si le village dispose d'autres sources d'eau potable.
- ✓ Si la source d'eau contaminée n'est pas utilisée pour la boisson, la distribution de filtres sera évaluée en considérant les résultats de l'enquête sur la contamination et la consommation de cette source d'eau par la communauté locale.
- ✓ La distribution peut aussi cibler d'autres villages voisins de celui qui possède la source d'eau contaminée selon que ceux-ci partagent cette même source d'eau.

✓ Toutes les distributions doivent être effectuées par l'ASV/SASV/AR ménage par ménage. Il est recommandé aux ASV/SASV/AR de faire un recensement minutieux de ménages afin de savoir la quantité de filtres à distribuer. L'objectif est d'atteindre une couverture de 100% pour les filtres en tissu et 80% pour les filtres à pipe (une partie de la population, estimée à 20%, comme les petits enfants et vieillards qui n'effectuent pas de déplacements aux mares et restent tout le temps aux ménages ne reçoivent pas de filtres à pipes).

✓ La distribution initiale dans un village devrait être générale. Chaque ménage reçoit un filtre à tissu au cours d'une distribution donnée et les filtres à pipes sont distribués individuellement. Si le ménage démontre la nécessité d'avoir plusieurs types de filtres, un à utiliser dans le village et l'autre à la ferme, alors l'ASV peut les lui procurer.

Toutes les distributions doivent être accompagnées d'une formation des bénéficiaires et des leaders communautaires sur l'utilisation appropriée et régulière des filtres. Les filtres ne doivent jamais être vendus. Toutes les interventions prévues par le PNEVG sont gratuites.

En dépit des dispositions prises par le PNEGV afin de vulgariser les filtres à eau dans les zones endémiques, il est à souligner que les réalités observées sur le terrain ne vont pas dans le sens d'éradication de la dracunculose. Car, il ya manque sinon insuffisance des filtres dans certains villages, certains ménages n'ont pas reçus des filtres à eau, pourtant, ils vivent dans les zones endémiques. Selon les propos de l'ACT Djoguina Noé :

*On donne les filtres par rapport aux infections, les villages qui sont situés au bord du fleuve. Par exemple les villages qui sont situés auprès du fleuve, s'il y a infection là, on distribue les filtres aux ménages pour l'utiliser. Mais certains ménages négligent de ne pas utiliser vraiment à 100%. Au début, on a commencé à donner, après là, ils ont dit non, on donne le filtre quand il y a d'abord infection. J'ai dit mais pourquoi ? Ça c'est le programme, peut-être je ne sais pas si le Conseiller Technique parfois il dit non, quand il n'y a pas d'infections, on ne donne pas de filtre. Mais après on a su que vraiment quand il n'y a pas infection qu'on ne donne pas de filtre, ce n'est pas la prévention. La prévention ce qui veut dire qu'on donne d'abord les moyens préventifs pour prévenir la maladie mais vous dites qu'il faut d'abord infection ou cas avant qu'on ne donne le filtre. C'est après que certains ont compris, on a commencé à distribuer les filtres, mais je pense que ça reste intact sauf dans les zones à risque qu'on donne les filtres (Entretien réalisé en Novembre 2019 à Bâ-illi).*

Des filtres qui ont été distribués sont accrochés sur les hangars dans les ménages parcoures. Ces pratiques ont été observées à N'guerbéti, Baingara, N'gargué N'djamena Bousso, dans le district sanitaire de Bousso, délégation sanitaire du Chari-Baguirmi. Des

communautés rurales boivent du fleuve sans filtrer ni chauffer pourtant elles ont été sensibilisées. L'entretien des filtres distribués laisse à désirer. Ce qui traduit le manque de stratégie voire rigueur dans les sensibilisations pour éradiquer le ver de Guinée en milieu rural tchadien. Selon Tombeye Micheline : *« Quand on m'a donné le filtre, j'avais utilisé mais après j'ai laissé. Nous les Sara, on ne peut pas rester sur une seule pratique. Quand tu as puisé l'eau, tu viens verser directement dans la jarre. Quand je verse dans la jarre sans tamiser, c'est sale mais je consomme, je sais que ça va me donner la maladie »*. (Entretien réalisé le 25 /11/2019 à Ngargué). Pour Ngarbé Léonard : *« Ce sont les gens de la ville qui peuvent garder les filtres pendant longtemps. Nous sommes en brousse, on est incapable de garder les filtres. Ça fait une (1) à deux (2) semaines seulement et ça déchire »* (Entretien réalisé le 25 /11/2019 à Ngargué).

A propos d'utilisation des filtres à eau, l'ACT Djoguina Noé réagit : *« Je ne sais pas, certain négligent, c'est la négligence de la population. On est en train de renforcer la capacité de la population avec la sensibilisation par-ci, par-là mais changer le comportement d'un être humain vraiment, ce n'est pas facile »*. Abordant la même problématique, Nguénamadji Alexis réagit en ce terme :

*Il faut reconnaître que cette maladie est une maladie qui est beaucoup plus liée aux comportements alimentaires, le comportement aussi public des uns des autres au niveau de ma zone. Oui, il faut le dire c'est un processus, des gens ont adopté des comportements pendant des années et il est question maintenant de les inculquer les nouvelles valeurs, c'est-à-dire de changer leurs manières de se nourrir, leurs manières de comment consommer les eaux, comment il fallait cuire les poissons ou encore d'autres aliments à consommer. Certainement, ce n'est pas facile mais ce qu'on est en train de faire, c'est un processus et quand on parle d'un processus, c'est naturellement long.* (Entretien réalisé par téléphone, janvier 2020).

Une telle situation laisse croire clairement qu'il ya encore des efforts à fournir dans l'atteinte de l'objectif « Eradiquer le ver de Guinée au Tchad ». Ces résultats rejoignent ceux de Sidiki (1999) selon lesquels *« le message sanitaire, parce qu'il arrive rarement à tenir compte des réalités sociales dans toute leur complexité, n'aboutit pas toujours à son objectif. L'individu comme le groupe social auxquels le message est destiné sont des acteurs stratégiques ayant leurs propres logiques face à des besoins à satisfaire »*. Trop souvent, l'enseignement repose sur des informations purement intellectuelle (connaissances, interprétation de données), un apprentissage gestuel (habileté technique). Les croyances de santé des patients sont peu

souvent travaillées, les formations avancées sont insuffisantes pour transformer des comportements malsains (Godin : 1991).

**Photo n° 8 : Démonstration et non utilisation de filtre à tissu contre le ver de Guinée**



Démonstration de l'utilisation des filtres à tissu / Kyabé

Canaris utilisés sans filtre à N'guerbéti / Bousso

Source : PNEVG, 2018

Source : Enquête de terrain, 2019

Les images ci-dessus traduisent deux réalités en matière de lutte contre le ver de Guinée. A gauche, il est observé la démonstration et l'utilisation des filtres à tissu. Cette démonstration réalisée en présence des populations rurales est particulièrement utile comme méthode d'enseignement pour amorcer une séquence visant l'acquisition de connaissances procédurales, en offrant aux apprenants une représentation concrète et claire d'une procédure qu'ils doivent acquérir en matière de manipulation de ces filtres à tissu. A droite, les mêmes filtres distribués dans les ménages pour tamiser l'eau avant de la consommer sont accrochés sur les bois au-dessus des canaris n'ont fermés. Cette pratique permet de comprendre que la maladie du ver de Guinée est effectivement négligée par les communautés rurales. D'après Serge Nanguiom, MCD de Dourbali :

*Il faut une grande sensibilisation par le gouvernement lui-même parce qu'au Tchad, y a des endroits ou même quand y a de forage les gens ne consomment pas de l'eau potable, ils disent qu'ils ont mal au ventre, l'exemple de Bâ-ili par exemple où le Ministre Ngariéra est allé, les gens disent que c'est l'eau de forage*

*qui leur donne de maux de ventre et la diarrhée et c'est une idée malsaine qu'on rencontre et qui tarabuste la tête de la population et ça fait que la lutte devient de plus en plus complexe (Entretien réalisé en janvier 2020).*

### **II.1.8. Approvisionnement en eau potable**

La dracunculose transmise uniquement par absorption d'eau contaminée n'a pas de réservoir naturel autre que l'homme. Pour l'éradiquer, il faut et il suffit d'interrompre la transmission à l'homme et la meilleure solution consiste à fournir une eau de boisson saine à l'ensemble de la population. En fait, on peut dire que la dracunculose est la seule maladie hydrique que l'approvisionnement en eau de boisson saine permet à lui seul d'éliminer. D'ailleurs, l'une des principales réalisations de la décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement a été l'impulsion donnée à la campagne mondiale d'éradication de la dracunculose ou filariose due au ver de Guinée (OMS :1990). En effet, la maladie du ver de Guinée persiste dans les zones endémiques du Tchad avec la notification des cas et infections chaque année. Ces zones touchées ont une faible couverture en eau potable (30 % dans certains villages, en particulier les villages 1+ dans la région du Salamat). Selon le rapport du Fond Africain de Développement (2006) : « *les statistiques sanitaires du Tchad montrent que le manque d'eau potable et les conditions défavorables d'hygiène sont les principales causes des pathologies dominantes des populations que sont le paludisme, la bilharziose, la diarrhée, la méningite, la rougeole, etc.* ». Pour Ndiokubwago, représentant de l'OMS au Tchad :

*Nous devons rappeler toujours que la dracunculose est une maladie liée essentiellement à une faible disponibilité en eau potable. Des efforts ont été faits en matière de mise en disponibilité de l'eau potable au niveau des villages endémiques au Tchad, le pourcentage de la population en eau potable dans un village est de 67% il faut noter quand même sur les 25 villages ayant rapporté les cas en 2019, près de la moitié, 12 villages ne disposent pas l'unité de source d'eau potable.*

Hormis les activités inscrites dans le cahier de charge du PNEVG mentionnées ci-haut, la plaidoirie auprès des partenaires pour le renforcement de l'implantation des forages mais aussi les stratégies de mobilisation de ressources apparaissent toujours en filigrane afin de doter des villages endémiques d'eau potable. En matière d'approvisionnement en eau potable, la majorité de la population des zones rurales n'a pas accès aux sources d'eau potable et consomme l'eau de puits (sans margelles), des mares, marigots et fleuves en période d'étiage (de mars à juin) s'exposant ainsi à la contamination du ver de Guinée.



Le Tchad à travers le programme national est incapable de doter tous les villages endémiques de dracunculose d'eau potable, c'est un problème crucial qui limite la capacité du programme d'éradication du ver de Guinée. Quand bien même quelques villages à l'exemple de Médégué, kakalé mbeuri dans le district sanitaire de Guelendeng dans la délégation sanitaire du Mayo kebbi-Est ont été dotés de forages dans le cadre de cette lutte, il faut déplorer l'absence sinon l'insuffisance de ces forages qui provoquent la combinaison des diverses sources d'eau (forage, fleuve, puit traditionnel) par les villageois dans les zones endémiques. Autre difficulté qui mérite d'être soulignée, est justement les limites du Centre Carter, l'un des principaux partenaires du programme dans la lutte contre le ver de Guinée au Tchad qui n'accepte pas de doter les villages endémiques de dracunculose d'eau potable. Selon le Centre Carter, l'octroi des forages aux villageois n'est pas inscrit dans son programme. Cette défaillance institutionnelle met en doute l'appui de cette institution qui est présente au Tchad depuis plusieurs années pour éradiquer la dracunculose.

Malgré des efforts marqués d'équipement en points d'eau et en adductions d'eau potable depuis 2003, le Tchad n'a pas atteint son objectif du millénaire pour le développement (60% de la population ayant accès à l'eau potable en 2015) et se situe très en-deçà de la moyenne de l'Afrique sub-saharienne, selon le programme conjoint de suivi de l'OMS et de l'UNICEF.

Le taux d'accès à une source d'eau améliorée est de 55,7% en 2017. Plus de la moitié des ménages n'ont accès qu'à un service de base. Seulement 25% de la population urbaine bénéficie de branchements domiciliaires mais qui ne répondent pas aux critères d'un service géré en toute sécurité, qu'il s'agisse de la qualité de l'eau fournie ou de la continuité du service (Banque Mondiale 2019).

Les inégalités régionales, selon les niveaux de revenus et les modalités de desserte sont également très sensibles. Les ménages les plus pauvres dans les centres urbains ont de meilleures conditions d'accès que les plus riches en milieu rural. La moitié des régions ont un taux d'accès à un service de base (élémentaire ou limité) de moins de 50%. Selon les données nationales disponibles, on estime que 40% des villages, deux tiers des centres semi-urbains et un centre urbain sur cinq ne disposent pas d'ouvrages publics d'approvisionnement en eau potable. Cela témoigne des enjeux en termes d'équipement (Banque Mondiale 2019).

Le Tchad s'est doté d'un cadre juridique avancé pour le secteur de l'eau, mais il reste incomplet et inégalement appliqué et internalisé. Sa mise en œuvre manque d'un véritable document de politique et de stratégie précisant les orientations et moyens de mise en œuvre

pour chaque sous-secteur. Seule une partie des dispositions du Code de l'eau de 1999 ont fait l'objet de textes d'application. Celles traitant notamment de la régulation et de la protection des ressources et de la qualité de l'eau ne se sont pas concrétisées (Banque Mondiale 2019).

**Photo n° 9 : Sources d'eaux utilisées dans les zones endémiques**



Forage octroyé par le PNEVG / Médégué - Guelendeng

Mare consommée à Bogam / Aboudéia

**Source : Enquête de terrain, Décembre 2019 & Mai 2021**

Il est observé des images ci-dessus différentes sources d'eaux utilisées dans certaines zones endémiques du ver de Guinée. L'image 1 ci-haut montre un forage octroyé par le PNEVG à la population de Médégué / Guelendeng pour lutter contre le ver de Guinée. Tandis que l'image 2 montre une femme qui prend l'eau d'une mare à Bogam dans le district sanitaire d'Aboudéia. Dans les villages où le programme est incapable de fournir l'eau potable aux communautés, les villageois sont dans l'obligation de faire recours aux mares afin de satisfaire leurs besoins. D'après Nguénamadje Alexis : « Quelqu'un prend directement l'eau de mare, alors que cette même source d'eau est consommée par les animaux sauvages, est consommée par les animaux domestiques comme le chat et chien, c'est ça, donc la contamination est très élevée ». Cette pratique expose davantage les villageois aux maladies hydriques en général et au ver de Guinée en particulier. D'après les propos du rédacteur en chef de la radio communautaire Lotiko :

*Les gens sont misérables, tu pars au village, dans le village où les gens n'ont même pas un puits, même pas un forage, mais comment les amener à boire de l'eau propre ? c'est un problème. Tu prends par exemple le Lac Iro, les gens ne vivent que l'eau, s'il n'y a pas l'eau, c'est fini. Dans le canton Niélim et tout ça, le poisson c'est leur activité quotidienne, la pêche, mais c'est question de pauvreté. Si en dehors de la sensibilisation, l'Etat doit faire aussi un effort pour doter ces villages d'eau potable, ça serait une bonne chose parce qu'on peut injecter tous les moyens possibles mais si les gens n'ont pas l'eau potable où faire recours, ils vont revenir prendre de l'eau souillée et continuer à avoir la maladie, donc cette situation de la pauvreté va jouer beaucoup sur la lutte contre le ver de guinée (Entretien réalisé en décembre 2019 à Sarh).*

### **II.1.9. Information-Education-Communication pour le Changement de Comportement (IEC)**

Appliquée au domaine de la santé, l'IEC (information, éducation, communication) est une intervention d'ensemble visant à provoquer chez des individus ciblés des changements de comportement ou d'attitude ou à les consolider, pour leur bien-être (Bouchentouf : 2012). Des croyances, attitudes, négligences et comportements des communautés des zones endémiques du ver de Guinée limitent considérablement la lutte contre la dracunculose en milieu rural tchadien. Il est observé dans plusieurs villages endémiques le non-respect des mesures prises par les agents du PNEVG déployés sur le terrain. A la place des bonnes pratiques, il est constaté des déclarations décevantes rapportées par les agents de terrain telles que :

*« Quand on m'a donné le filtre, j'avais utilisé mais après j'ai laissé. Nous les Sara, on ne peut pas rester sur une seule pratique. Quand tu as puisé l'eau, tu viens verser directement dans la jarre. Quand je verse dans la jarre sans tamiser, c'est sale mais je consomme, je sais que ça va me donner la maladie » (Tombeye Micheline 35 ans ; interrogé le 25 /11/2019 à Ngargué / Bâ-illi).*

Mais également :

*Le ver de guinée-là comme son nom indique, c'est un ver et si après son introduction et autre, le ver va se développer sur le corps de patient et puis après ça va sortir, ce n'est pas une maladie dangereuse qu'on doit vraiment s'alarmer derrière ça, ce n'est pas une maladie qui tue, donc eux, ils ne voient pas que c'est un danger même. C'est un ver qui entre et après à maturité, le ver sort, mais pourquoi même s'alarmer derrière cette maladie-là, Ho ! ver de guinée, ver de guinée. (Nadjyam Mathurin, 30 ans ; Agent renfort au Centre Carter ; interrogé à Sarh ; 28/12/2019).*

Pour Nguénamadjé Alexis :

*Oui, les difficultés sont beaucoup plus d'ordre culturel comme je viens de le dire, nous sommes confrontés à une culture, à une croyance et c'est ça-là qui est la base de nos difficultés, la résistance est beaucoup plus d'ordre culturel et ce n'est pas facile, la résistance est aussi d'ordre comportemental. Quelqu'un, tu vas voir, tu trouveras un papa qui va te dire que c'est la manière de manger ou de boire l'eau qu'il a fait depuis plus de 40ans, qu'est-ce que toi, son petit-fils tu vas lui apprendre encore de nouveau dans sa vie ? quand quelqu'un te largue ces genres de mots, ce n'est pas facile. Il te désarme, il te montre que tu représentes rien, tu ne peux rien, c'est de cette manière qu'il a déclaré (Entretien réalisé par téléphone, janvier 2020).*

Pour briser les barrières, le PNEVG a adopté des stratégies susceptibles d'inciter les communautés rurales à changer de comportements à travers les sensibilisations sur l'enterrement des boyaux de poissons, l'utilisation des filtres à eaux, non consommation des mares, etc. D'après Djouguina : *« certains négligent, c'est la négligence de la population. On est en train de renforcer la capacité de la population avec la sensibilisation par-ci, par-là mais changer le comportement d'un être humain vraiment, ce n'est pas facile »*. Communiquer sur la santé, c'est utiliser des stratégies de communication (médias de masse, actions communautaires, communication interpersonnelle) afin d'influencer les comportements individuels et collectifs qui concernent la santé. L'étude de facteurs psychosociaux qui déterminent les comportements liés à la santé est essentielle au choix de la méthode d'intervention et/ou à la définition du contenu des programmes (Godin : 1991) ; Golay et al., (2010) ; OMS (2015).

#### **II.1.10. Lutte anti-vectorielle / traitement des mares à l'Abate**

Le PNEVG procède au traitement de sources d'eau en cas de contamination par une personne ou un animal avec le ver de Guinée émergeant. L'objectif de cette intervention est de contribuer à l'amélioration de la lutte anti vectorielle pour accélérer l'arrêt de la transmission du ver de Guinée. La méthode consiste à identifier les sources d'eaux stagnantes potentielles d'eau de boisson et de sites de loisirs pour enfants utilisés par les cas l'année précédente et par les cas de l'année en cours. Ceci peut inclure des étangs agricoles, de grands barrages, ou les courants (les cours d'eau) qui se divisent en mares pendant la saison sèche. Beaucoup de villages qui ont de l'eau potable ont toujours des cas à cause des sources qu'ils utilisent à l'extérieur du village pendant les mariages, les marchés, les obsèques, etc. De manière pratique, le travail consiste à mélanger l'Abate avec de l'eau de la source d'eau à traiter dans 1-3 seau et répandre uniformément sur la source d'eau à l'aide de gobelets tout en protégeant le visage pour que les gouttelettes d'eau n'atteignent pas les yeux.

S'il y a du vent, l'Abate est appliqué en suivant le courant du vent de peur que le vent souffle l'Abate dans les yeux de l'applicateur. Identifier quelqu'un qui gardera cette source d'eau traitée au moins pendant les prochains 3 heures pour éviter qu'une personne ou bétail n'utilise cette eau qui contient encore l'Abate. Il est recommandé de répandre l'Abate aux heures où la communauté n'utilise pas la source d'eau, de préférence très tôt le matin ou trop tard dans l'après-midi. Cela n'empêche pas que les autres activités (mesures de volume de la source d'eau, densité de cyclopes, etc.) se fassent bien avant. Lorsqu'il pleut pendant ou après la mesure de volume d'eau, il est recommandé de reprendre les mesures car une quantité inconnue d'eau de pluies s'est ajoutée au volume déjà mesuré.

Malgré les dispositions prises et l'assurance donnée par les agents chargés de traitement à l'Abate couplés avec les détails des conseillers techniques du Centre Carter, des doutes et craintes nourrissent la pensée des communautés rurales autour de l'utilisation des produits pour le traitement des mares qu'ils consomment. Selon les investigations, les populations rurales affirment que le traitement des eaux à travers l'Abate c'est une manière d'empoisonner les poissons voire augmenter le nombre des cas de ver de Guinée dans leurs zones. C'est ici que la théorie du complot prend tout son sens (Alejandro 2020). La notion de complot est liée au secret au moins à deux niveaux : le secret des groupes impliqués et le secret de leurs activités (Barkun & Michael, 2003 cité par Alejandro 2020). Longtemps, ils se sont nourris d'espoir dans l'intention d'avoir l'eau potable dans leurs villages respectifs d'après des multiples sensibilisations mais en vain, les communautés rurales mettent en doute l'application de l'Abate dans les mares. Pour lever l'équivoque, Nguénamadje Alexis, agent renfort au Centre Carter explique :

*Le Centre Carter n'empoisonne pas l'eau mais le Centre Carter apporte, applique l'abate juste pour faire tuer les copépodes dans les mares, dans les fleuves et dans les carrières pour bloquer le circuit de la maladie de ver de Guinée, donc ceux-là qui tiennent des propos que les gens empoisonnent l'eau, bon, on ne sait pas, le Centre Carter ne peut pas faire ça et même le programme ne peut pas parce que nous sommes département avec le ministère de la santé publique et tout ce qui est lié à la santé publique, c'est tout ce qui nous concerne et nous luttons aujourd'hui pour une cause commune et on ne peut pas venir encore empoisonner l'eau pour faire du mal à la communauté, là ce n'est pas faisable, et jamais ça le Centre Carter ou le programme peut tenter de faire ça, là je ne partage pas cette hypothèse ( Entretien réalisé par téléphone, janvier 2020).*

D'après les explications de Nadjyam Mathurin :

*Bon empoisonner l'eau, beaucoup de gens, parce qu'ils viennent s'approcher auprès des agents qui traitent l'eau et on leur avait fait comprendre que abatte c'est un produit toxique, donc le fait même de mettre un produit toxique dans*

*l'eau, ils peuvent penser déjà que c'est de l'empoisonnement, ça c'est tout fait normal, mais nous, notre objectif, c'est d'exterminer les copépodes, et là poisson, ils peuvent le dire parce que c'est un produit toxique qu'on a mis, nous, nous sommes entrés dans le cadre de la prévention en train de réduire la concentration des copépodes et pour ne pas également prendre poison là, nous faisons un travail conscient parce qu'on sait déjà que si le produit est en quantité, ça devient poison, mais il faut travailler minutieusement pour trouver la quantité optimale pour y mettre, donc sur ce point-là, nous sommes vraiment très rigides même avec les agents qui travaillent parce que si la communauté décèle que les poissons, les grenouilles meurent, ça, ce serait de vrai poison, mais notre cible dans l'eau, c'est les cyclopes-là seulement, donc on fait un travail minutieusement pour trouver les quantités optimales, et pour ne pas alarmer la communauté riveraine. Avant le traitement, on tient des rencontres communautaires, c'est ce que j'avais l'habitude de faire dans ma zone. Je dis venez, est-ce que vous comprenez pourquoi nous nettoyons les mares et graduellement, on les explique, quels sont les risques qu'ils encourent et maintenant le produit que nous allons appliquer c'est toxique certes, mais on va faire des calculs raisonnables pour trouver des quantités optimales et on voulait seulement tuer les copépodes, et là copépodes, ils trouvent ça même c'est virtuel, donc il faut procéder au test de copépodes pour recueillir ça et eux-mêmes ils voient. On fait ça, sinon vraiment, les gens disent que nous sommes en train...mêmes certains jardiniers, il fut un temps où le Barh-koh avait atteint vraiment un état de séchage accéléré, ils disent que c'est nos produits-là qui ont provoqué le tarissement du Barh-koh, et certaines herbes aquatiques-mêmes qui meurent là, ils disent que c'est l'effet du produit là également ( Entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).*

**Photo n° 10 : Traitement de l'eau à l'Abate**



**Source : Enquête de terrain, juin 2021**

Il ressort des images ci-dessus le traitement à l'Abate en réponse à la contamination des mares contre le ver de Guinée. Cette activité se réalise tous les 28 jours dans les villages 1+ par des équipes spéciales dans les villages concernés dirigées par les Chargés de Traitement à l'Abate (CTA). Elle consiste à collecter les copépodes (vecteurs du ver de Guinée) avant et après les traitements de mares.

#### **II.1.11. Situation épidémiologique du Ver de Guinée chez les animaux**

Le Tchad est actuellement le seul pays au monde à confirmer des cas de ver de Guinée chez les chiens (PNEVG, 2013). En effet, le phénomène a été observé au Tchad en 2012 et, depuis lors, plusieurs chiens porteurs de vers émergents, génétiquement identiques à ceux qui apparaissent chez l'homme, sont encore détectés dans les zones à risque. La littérature scientifique (Fontbonne et *al.*, 2009), Zirimwabagabo et *al.*, (2017), (Robbie McDonald *et al.*, 2018) souligne que les infections animales sont causées par la consommation soit de l'eau infectée, soit d'un hôte paranétiq ue comme poisson ou tout autre animal aquatique mal cuit. Les grandes activités de pêche ainsi que les méthodes de traitement des poissons laissent d'énormes quantités d'entrailles de poisson contenant des larves du ver de Guinée dont les chiens se nourrissent ainsi que les poissons mal cuits. Tous ces canaux sont des moyens par lesquels les chiens et chats attrapent le ver de Guinée au Tchad. D'après Azouténé Vounki, Délégué sanitaire de la province du Mayo kebbi Est : *« Actuellement, la situation épidémiologique est caractérisée par l'augmentation crescendo d'année en année du nombre d'infection animale notamment chez les chiens et les chats et l'implication des poissons frais dans la chaîne de transmission. Ce qui complique encore davantage cette lutte »*. D'après Salb (2018), *« tout au long de leur longue histoire de domestication, les chiens ont été des sources de parasites zoonotiques et ont servi de lien pour l'échange de parasites entre le bétail, la faune et les humains »*. Dans une étude portant sur les maladies zoonotiques, Fontbonne (2009 : 174) et ses collègues soulignent conjointement que : *« Le chien, hôte définitif du parasite, peut s'infecter en ingérant des matières souillées par des excréments canins contaminés et le parasite se multiplie sous forme tachyzoïte dans son organisme »*.

En 2018, 1069 infections ont été confirmées dans le monde chez les chiens dont 1040 au Tchad soit 98%. Du 1er janvier au 30 septembre 2019, 1809 infections ont été constatées dans le monde dont 1798 au Tchad soit 99,4%. (OMS : 2019). Les visites de terrain relèvent un nombre élevé de chiens par ménage et parfois plus de 10 chiens dans certains ménages. Afin de pallier à cette situation, il y a eu des tentatives sans succès d'abattage de chiens

errants. En 2013 une réunion stratégique multisectorielle regroupant les cadres de Ministères de la Santé Publique, de l'Intérieur, de l'Elevage et l'Environnement avait déjà révélé l'abattage comme l'une des stratégies pour lutter contre la dracunculose au Tchad. L'une des recommandations de cette réunion était « *l'abattage systématique des chiens errants dans les zones où les infections ont été notifiées chez les animaux* ». Cette recommandation a été revue lors de la réunion du 24 juillet 2014, par le Premier Ministre de l'époque ayant présidé cette réunion en « *l'abattage des chiens errants* ». La mise en application de cette recommandation n'a pas pu être effective faute d'engagement ferme et de suivi. Le ver de guinée reste donc très présent au sein de la population des chiens. Les conséquences des infections animales de la maladie du ver de Guinée sont multiples. D'abord, il est important de rappeler qu'une infection de ver de Guinée chez l'animal est définie comme tout animal qui a eu une ou plusieurs lésions où un ver de Guinée a émergé.

**Tableau n°7 : Infection du ver de Guinée chez les chiens par mois (2017-2019)**

<b>Mois /Année</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Janvier	30	33	52
Février	36	40	111
Mars	71	127	227
Avril	131	137	332
Mai	149	184	329
Juin	114	160	298
Juillet	103	149	214
Août	71	89	124
Septembre	41	43	126
Octobre	36	42	49
Novembre	20	12	41
Décembre	14	18	32
<b>Total</b>	<b>816</b>	<b>1034</b>	<b>1935</b>

**Source : PNEVG, 2019**

La lecture du tableau ci-haut montre une large augmentation des infections animales. De 816 infections en 2017, le nombre des infections ne cesse de croître passant de 1034 en 2018 ensuite 1935 en 2019. Il faut rappeler que les infections animales du ver de Guinée sont



enregistrées pour la première fois au Tchad en 2012 et se poursuit jusqu'aujourd'hui. Elle demeure un véritable défi pour le PNEVG.

### **II.1.12. Attachement prolongé des chiens et chats contre le Ver de Guinée**

Dans le souci de minimiser la contamination des mares par des animaux infectés, le programme a mis en place un système de surveillance qui consiste à attacher systématiquement les chiens suspectés pour ne pas les laisser entrer dans une source d'eau. Selon les propos de Nguénamadjé Alexis :

*Vraiment l'attachement prolongé est une stratégie de taille, il faut le dire. S'il faut vraiment l'appliquer, ça peut nous aider, en une année éradiquer la maladie, si on peut attacher les chiens jusqu'à 6 mois, on pourrait réduire au moins 80% les contaminations des sources d'eau et que cela aussi peut réduire la taille de nos infections et de nos cas (Entretien réalisé par téléphone, janvier 2020).*

L'attachement prolongé des chiens et chats utilisé par le PNEVG comme stratégie de lutte contre le ver de Guinée a pour seul objectif la réduction des infections animales dans les zones endémiques. Cependant, en dépit des dispositions prises par le PNEVG pour la mise en œuvre de l'attachement des chiens et chats, il est observé des résistances des propriétaires des animaux, la négligence des consignes données par le PNEVG, des chiens ont été détachés dans certains villages ( Marabé, Bouso, Ngara) par leurs propriétaires, le retard lié à la nourriture des animaux attachés, la qualité de la nourriture divise les propriétaires des chiens et les agents communautaires d'attachement prolongé des chiens et chats. Des témoignages tels que : « *Le repas d'une journée ne suffit pas le chien alors tu es obligé de compléter son repas mais certains ne le font pas. Ils attendent seulement le repas qu'on va les apporter et cela a causé beaucoup de la mort aux chiens, ou encore : « Chez nous, à partir de 23h notre chien est déchainé et on l'enchaîne le matin ».* Au sujet de ces pratiques, Matibeye Samson, superviseur des agents de santé villageois fait comprendre en ces termes:

*Nous en avons assez crié sur ce point mais y'a toujours des brebis galeuses qui laissent les chiens entrés dans les mares et les mares sont infectées. C'est un peu difficile ». Quand on attache les chiens qui ont des symptômes du ver de Guinée afin de mieux les contrôler, les propriétaires les détachent juste après le départ des agents et dès qu'on voit un agent venir, ils ramènent le chien à sa place.*

D'après Fati Hassane : « *Les chiens mangent beaucoup donc leur repas par jour-là même ne les arrange pas, ils disaient que les chiens doivent manger aussi les os mais c'est le contraire. Ils préparent seulement la pâte d'arachide ».* L'inquiétude des propriétaires des chiens attachés par rapport à l'absence du vaccin antirabique est loin d'avoir une réponse

satisfaisante. Selon Fati Hassane : « *C'est encore la misère pour nos chiens attachés, moi croyant qu'on va les vacciner aussi mais y'a rien comme vaccin contre la rage* ». Des chiens errants constituent un défi auquel le programme fait face car, les agents ne parviennent toujours pas à contrôler le mouvement de ces chiens errants. Ceci rend difficile la lutte en dépit de l'attachement des chiens. Selon Fati Hassane : « *Quand tu sors vers les 5 h du matin, tu vas voir l'attroupement des chies non attachés à l'aéroport, y a des chiens un peu partout qui se promènent on ne sait pas c'est ceux qui sont infectés ou non* ». Des difficultés relatives aux soins des animaux malades sous la chaîne y compris ceux qui sont morts. Dans l'histoire de l'humanité, le chien représente l'ami de l'Homme. En milieu rural tchadien, les chiens sont utilisés pour la chasse, garder les bœufs, lutter contre les animaux (singes, chimpanzés) qui détruisent les champs, etc. L'attachement prolongé des chiens limite considérablement leurs capacités à jouer ce rôle. Quand le chien est attaché suite au ver de Guinée, il maigrit pour la seule raison qu'en milieu rural, ce sont les chiens eux-mêmes qui se déplacent pour chercher leur nourriture. Il devient agressif vis-à-vis des membres de la famille mais aussi de son entourage. D'après Djero David, agent renfort au centre Carter à Bousso : « *dans certains villages endémiques où les chiens infectés sont attachés, des hyènes ont pris beaucoup de chèvres des populations, les voleurs profitent de cette occasion pour voler les bétails et autres biens matériels en milieu rural* ». Des agents de lutte contre le ver de Guinée sont souvent accusés et traités d'être en complicité avec les voleurs dans le cadre de l'attachement prolongé des chiens afin de permettre aux voleurs de faire des opérations la nuit.

**Photo n° 11 : Attachement prolongé des chiens et chats à Bousso / Chari-Baguirmi**



**Source : Enquête de terrain, Mai 2021**

Il se dégage des images ci-dessus, l'attachement prolongé des chiens et chats pour les empêcher de contaminer les sources d'eau. Si l'objectif recherché à travers cette stratégie consiste à freiner la chaîne de transmission, il est déploré la liberté arrachée à ces animaux les empêchant de se déplacer. Il est à retenir qu'en milieu rural tchadien, le chien est un compagnon majeur de la communauté. Les deux entretiennent des interactions sociales et économiques très serrées.

### **II.1.13. Enterrement des boyaux de poissons contre le ver de Guinée**

L'une des causes des infections animales de la dracunculose réside autour des boyaux de poissons. Pour empêcher les chiens et chats de manger les boyaux, le programme à travers ses agents de terrain, sensibilisent les ménages des zones endémiques à enterrer les boyaux des poissons. En effet, le travail consiste à creuser des trous dans les ménages afin de faciliter l'enterrement des boyaux ensuite couvrir immédiatement. Cependant, en dépit des sensibilisations faites par les agents déployés sur le terrain, l'enterrement des boyaux de poissons pour empêcher les infections animales n'a pas été respecté par plusieurs ménages où l'enquête a eu lieu. Selon les propos recueillis sur le terrain, « *l'enterrement des boyaux réduit la chance d'attraper beaucoup de poisson pendant les pêches donc nous ne pouvons pas enterrer notre chance* ». Cette croyance superstitieuse développée par certains groupes de pêcheurs et leurs entourages empêche la lutte.

*À Mbaimandja, c'est une communauté des pêcheurs, les femmes des pêcheurs disent qu'elles ne peuvent pas enterrer les boyaux de poisson, pourquoi, parce que leur croyance dit que si elles enterrent, c'est la chance de leurs maris de capturer les poissons-là qu'elles sont en train d'enfouir déjà au trou-là, donc là, c'est impossible. Maintenant chez les jeunes filles, elles avancent que celles qui ne sont pas encore mariées-là, si elles enterrent les boyaux, elles ne vont pas trouver de maris, ça c'est au quartier Mbaimandja, au bord du Chari, ici à Sarh, c'est une communauté des Ngambaye, majoritairement. (Nadjyam Mathurin, entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).*

Il est observé du côté des pêcheurs des pratiques non encouragées comme souligne Nadjyam Mathurin :

*Chez les jeunes pêcheurs, le fait de griller les poissons et manger avec les boyaux, ça accroît vraiment, bon ! les boyaux ont vertu de la nage quoi, donc si tu manges, tu consommes les boyaux-là, tu serais fort, donc c'est une croyance, c'est là où on est en train vraiment de chercher toujours. (Entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).*

En ce qui concerne les trous creusés dans les ménages, beaucoup attribuent ces trous aux agents du Centre Carter dont « trous des agents du ver de Guinée ». Pendant la descente dans des ménages pour constater l'effectivité mais aussi l'utilisation des trous pour les boyaux

de poissons, on entend des déclarations telles que : « *c'est là-bas leurs trous* » ; « *je n'ai pas mangé du poisson pour enterrer les boyaux* » ; « *les agents du ver de Guinée dérangent trop avec leurs trous* » ; « *donnez-nous d'argent, ça nous permettra d'acheter du poisson pour manger et enterrer les boyaux* ». On a observé des trous creusés avec l'appui des agents de santé villageois mais qui sont restés sans utiliser par les ménages. Des propos tels que « *Vous êtes là en train de travailler pour votre argent, ne nous embêter pas* » sont souvent tenus par la majorité des personnes interrogées. Le problème du ver de Guinée persiste parce que « *malgré les sensibilisations, la communauté ne prend pas à 100 % l'affaire en main car, elle refuse de mettre en pratique tout ce qu'on dit lors des sensibilisations* » déclare un agent du centre Carter. A ce sujet, voici l'analyse de l'OMS : *Si les populations à risque ne font pas confiance à la source d'information, les interventions de communication sur les risques ne permettront pas aux personnes concernées de protéger leur vie, leur santé, leur famille et leur communauté, quelle que soit la manière dont ces interventions sont planifiées ou mises en œuvre. (OMS : 2003, 10).*

Les ménages des zones endémiques adoptent un comportement responsable en présence des agents chargés de l'enterrement des boyaux contre le ver de Guinée mais à leur absence, tous repartis dans l'ancien système qui consiste soit à jeter les boyaux soit à donner aux chats et chiens. Ces pratiques ont été observées à Marabé dans le district sanitaire de kyabé dans la délégation sanitaire du Moyen Chari.

**Photos n° 12 : Démonstration d'enterrement de boyaux par les ASV à Guelendeng**



**Source : Enquête de terrain, Décembre 2019 & Mai 2021**

L'observation attentive des images ci-dessus, laisse voir la démonstration des différentes étapes d'enterrement des boyaux de poissons dans les ménages par les agents de terrain afin d'inciter les communautés des villages endémiques à s'adhérer à cette nouvelle stratégie de lutte contre le ver de Guinée. Sur la photo 1, les agents de santé villageois creusent le trou dans le ménage pour faciliter l'enterrement des boyaux. Sur la photo 2, il est observé un trou préparé pour enterrer les boyaux mais sans couvercle. C'est ici que réside le manque du sérieux sinon le caractère négligeant du ver de Guinée par les communautés malades. Cette pratique est observée dans tous les villages endémiques. Des trous creusés sans couvercle, des trous bouchés par la saleté, des trous mal entretenus dans plusieurs ménages. Des odeurs nauséabondes sont souvent dégagées à partir de ces trous mal entretenus. Sur la photo3, il est observé des boyaux de poissons prêts à enterrer pour empêcher les chiens et chats de manger.

#### **II.1.14. Système de récompense pour la notification du ver de Guinée**

L'une des stratégies utilisées par le PNEVG dans la lutte contre la dracunculose est le système de récompense pour la notification des cas et infections. Il vise à récompenser toute personne qui aide à interrompre la transmission du ver de Guinée en notifiant et en isolant immédiatement tout cas de ver de Guinée. D'après l'OMS (2015 : 208) :

*Une récompense de 50000 francs CFA (environ US\$ 100) est offerte pour toute information conduisant à la confirmation de 1 cas. D'après un échantillon de commodité comportant 492 personnes sélectionnées dans les localités sous surveillance active, on estime à 63% la proportion des personnes au courant du système de récompense et à 52% celle des personnes qui en connaissent le montant exact. Dans les zones sans surveillance active, la proportion des gens connaissant l'existence de la récompense en espèces était, en moyenne, de 24% dans les districts de la région de N'Djamena (n = 17 430). Une récompense de 10000 francs CFA (environ US\$ 20) est actuellement offerte aux propriétaires de chiens qui respectent les mesures de confinement des chiens infectés préconisées par le Programme national d'éradication du ver de Guinée (garder le chien attaché jusqu'à ce que tous ses vers aient été intégralement expulsés)*

Comme souligne Guindja Taguimba l'agent renfort au centre Carter :

*Oui, le système de récompense, avant, c'est un système qui amène le propriétaire à auto déclarer, à bénéficier d'un certain moyen, ce n'est pas seulement pour dire que j'ai le ver de Guinée et je dois avoir cet argent, Non, mais c'est quelque chose qu'on donne à celui-là qui a un bon comportement*

*qui va sauver sa communauté et sauver sa famille, donc le fait de venir déclarer toi-même que j'ai cette maladie, tu as sauvé la communauté et tu as sauvé aussi ta famille. Donc c'est ce bon comportement qui amène le programme à instauré le système de récompense (Entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).*

En effet, le système de récompense se repose sur une stratégie commerciale combinant quatre éléments essentiels : le produit, le prix, la place et la promotion. Le PNEVG définit ces différents éléments de marketing comme suit :

- ✓ Prix : une récompense de 50.000 CFA pour la notification d'un cas de VG chez l'Homme et de 10.000 CFA chez l'animal.
- ✓ Place : le prix est remis au cours d'une cérémonie de récompense organisé juste après que le spécimen de VG extrait chez l'Homme ou l'animal est confirmé par le laboratoire de compétence requise.
- ✓ Promotion : Ce produit est annoncé via toutes les chaînes de communications (radios, TV) nationales pour inciter autant de population que possible afin qu'elles notifient le PNEVG des cas détectés.

Si l'intention du PNEVG est d'inciter les communautés rurales à déclarer les cas du ver de Guinée à travers l'instauration du système de récompense, il est à remarquer que ce système de récompense est mal compris et mal interprété par les communautés des zones endémiques bref, le système de récompense divise les agents de terrain et les villageois. D'après Nadjyam Mathurin :

*Dans le milieu des musulmans, ils disent que non, le fait que le programme donne récompense là, que ça c'est le Haram [ce qui est anormal], donc j'étais au quartier de Banda, je tenais une rencontre communautaire devant la mosquée, il y a un monsieur-là qui m'avait dit que mais nous, chez eux les musulmans, la récompense là est Haram et il avait expliqué, il avait dit qu'imagine quelqu'un est là, qui est souffrant, il a la maladie du ver de guinée et une autre personne bien portante qui vient informer et vous diviser 25 000f, 25 000f là, le patient prend 25 000F mais toi l'informateur, les 25 000f qui te reviennent là c'est le Haram parce que tu as profité de la souffrance d'autrui pour trouver quelque chose à manger ( Entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).*

Les agents de santé au niveau intermédiaire et périphérique pensent que ce système favorise plutôt l'augmentation des cas et infections du ver de Guinée du fait que tout le monde veut se faire contaminer par le ver de Guinée afin de gagner de l'argent. D'après Atangar Valentin, le RCS de Kassai :

*Le système de récompense là, moi-même je me pose la question, est-ce que ce n'est pas ça là aussi qui fait que les gens ne veulent pas bien faire le travail sur le ver de guinée, parce que quand quelqu'un a déjà 25000f parce qu'il a découvert un cas, mais il préfère avoir encore 25000f prochainement. Je me pose la question est-ce que ce n'est pas par rapport à ça que n'importe qui veut avoir 5 ou 10 chiens et se retirer ? si le gouvernement peut revoir un peu le système de récompense. (Entretien réalisé le 26/12/2019 à Sarh).*

D'après Nassou Guemssou, MCD de Kyabé :

*Mais il y a une approche qui est négative, c'est-à-dire les gens ne comprennent pas bien l'intérêt de la récompense. Nous donnons des récompenses quand quelqu'un déclare qu'il a la maladie ou bien c'est un chien ou chez une personne, à la fin du traitement, on donne de l'argent, mais les gens interprètent ça c'est comme une activité lucrative que son chien soit infecté qu'on lui donne de l'argent. C'est cette pratique-là que nous essayons de lutter pour que les gens comprennent que cette récompense là, ça aide à lutter contre cette maladie et nous voudrions que cette maladie puisse être éradiquée. Le système de récompense il y a un bon côté et sinon il y a une mauvaise interprétation également. Le bon côté, c'est qu'on voudrait que ceux qui ont cette maladie puissent se dénoncer et qu'ils viennent au CS pour qu'on les prenne en charge. Donc c'est ce qui fait vraiment ceux qui ont cette pathologie, une fois détectés acceptent de venir au CS, on les prend en charge et ça permet d'éviter la contamination, donc sur ce point-là c'est une bonne chose. Mais la mauvaise interprétation, c'est que les gens pensent que voilà on te donne de l'argent et que tu sois content, demain tu vas encore infecter notre chien tout ça, ce n'est pas ça. (Entretien réalisé le 24/12/2019 à Kyabé)*

Koutou Suzanne déclare :

*j'analyse toujours ces points-là d'autant plus qu'on motive les gens, quand on motive, parallèlement les gens élèvent plus des animaux pour qu'un jour, un moment à l'autre l'animal soit infecté et ils gagnent encore de l'argent, donc vraiment les gens n'ont pas encore compris le sens du système de récompense, j'ai posé plusieurs fois ce problème, je me suis dit, je dis mais on veut éradiquer alors que parallèlement on motive, si moi je veux avoir de l'argent, je vais élever 10 chiens, 20 chiens au village par exemple, pas en ville, au village, parce que la mentalité est toujours la mentalité. Pour qu'à moment à l'autre, un de mes chiens soit infecté pour que je puisse avoir les 50 mille, donc la lutte là doit être vraiment surtout avec la base d'abord dans les villages (Entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).*

Le nombre des chiens ont augmenté dans les ménages dans le seul but d'avoir de récompense dans le cas ou les chiens seraient infectés par le ver de Guinée. Ces pratiques ont

été observées dans le district de Kyabé. « *Au lieu de voir côté maladie, tout le monde voit coté argent* ». Précise un agent de terrain. Toujours selon Koumandit née Koutou Suzanne :

*Non, moi je trouve comme ça parce que si le chien de mon voisin est infecté et qu'il a eu 50 mille, qu'est-ce qu'il m'empêcherait aussi d'avoir dix chiens, cinq chiens qui peuvent demain m'amener aussi les 50mille ? est-ce qu'on ne peut pas penser vraiment à une autre stratégie de récompense ? (Entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).*

Au sujet de la population canine, Madjitolem François confirme en ces termes :

*Comme à Marabé (kyabé), leur problème c'est le nombre des chiens élevé. Ils ont l'habitude d'élever beaucoup de chiens et les chiens mangent souvent les boyaux, c'est ce qui fait augmenter les cas d'infections. Le fleuve est aussi proche et les poissons sont en abondance, c'est ça la cause de l'évolution de l'infection (Entretien réalisé à Marabodokouya 2 en 2019).*

Le système de récompense qui est mis en place par le PNEVG dans le seul but d'éradiquer le ver de Guinée fait non seulement l'objet de diverses interprétations mais est devenu un moyen d'enrichissement dans les zones endémiques du ver de Guinée. Beaucoup pensent que le PNEVG fait commerce avec les vers extraits. Ils souhaitent intégrer le réseau pour se faire de l'argent comme en témoigne Nadjyam Mathurin :

*Les gens pensent que l'échantillon du ver que nous prélevons-là, nous vendons cela et puis, ce qui nous revient et on tire notre bénéfice et le reste, donc il y a un monsieur qui m'avait appelé, il me dit, mais jeune homme, votre chose-là vous faites comment, je voudrais intégrer le marché là, vous vendez même le ver-là aux USA à combien et puis vous tirez votre part et puis...c'est un musulman, mais...donc il voulait vraiment également intégrer le réseau-là pour voir quoi. Je lui avais dit que non, comme la récompense là, est introduite, ce n'est pas pour payer le ver (Entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).*

D'après Tchonfinet Mondai, coordonnateur adjoint du PNEVG :

*Vous voyez beaucoup de gens actuellement chercheraient même à infecter leurs animaux. S'ils en ont la possibilité pour avoir la récompense. Et là c'est un grand problème. Une fois, nous, on était sur le terrain en supervision, j'ai demandé à un propriétaire du chien dont le chien était infecté, « Monsieur, quand est-ce que votre chien est infecté ? quand votre chien a le ver de guinée ? ça vous réjouit ou bien ça vous emmerde ? » « Il dit mais il est content parce qu'il va avoir de l'argent » il m'a répondu sèchement comme ça. Donc c'est pour dire que tant la communauté n'aurait pas perçu l'objectif que nous nous sommes fixés, éradiquer la maladie du ver de guinée sans pouvoir changer la mentalité de ces communautés s'avère un défi aussi.*



Ces pratiques non encouragées limitent davantage l'éradication de la dracunculose en milieu rural au Tchad.

**Photo n° 13 : Cérémonie de remise de prix à Ngonn bâ sara / N'Djamena sud**



**Source : Enquête de terrain, 2019**

Il est observé des images ci-haut une cérémonie de récompense dans le village Ngonn bâ sara d'un enfant qui a fait le ver en 2019 suivi d'un informateur. Il faut noter que cette activité est recommandée par le Ministère de la santé en accord avec les partenaires depuis 2009 pour la surveillance communautaire de la dracunculose. Selon les termes du communiqué n° 1483 du 06 Octobre 2009, une récompense sera donnée à toute personne qui aura notifié un cas de ver de Guinée et confirmé par un agent de santé.

**Tableau n° 8 : Structure et acteurs de la surveillance épidémiologique du ver de Guinée**

Acteur	Description	Niveau d'action	Collaborateurs
ASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'Agent de Santé Villageois est un bénévole du Centre Carter au village qui fait de visites de ménage en ménage chaque jour pour chercher les rumeurs/cas de VG (humains et animaux).</li> <li>Il existe 2 ASV par village, de préférence un homme et une femme mais le nombre des ASV dépend surtout de la taille du village.</li> </ul>	Village/Ménage	Chef de village/Quartier PNEVGT
SASV	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Superviseur des Agents de Santé Villageois est un employé du Centre Carter qui supervise les activités des ASV dans 10-15 villages d'une zone déterminée.</li> <li>Une bicyclette est mise à sa disposition pour faire son travail.</li> </ul>	Village/Zone	Chef de village/Quartier RCS PNEVGT

AR	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'Agent Renfort est un employé du Centre Carter qui supervise les SASV et les activités d'éradication du VG dans 20-30 villages d'une zone déterminée.</li> <li>Une moto est mise à sa disposition pour faire son travail.</li> </ul>	Village/Zone	Chef de village/Quartier RCS/MCD PNEVGT
CT/PO	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Conseiller Technique est un consultant du Centre Carter en charge d'une zone déterminée. Il supervise 4-8 AR et leurs SASV et ASV.</li> <li>Le CT travaille en étroite collaboration avec les autorités administratives et sanitaires.</li> <li>Un véhicule est mis à sa disposition faire son travail.</li> </ul>	Village/Zone/ District	Chef de village/Canton Préfet/Sous-Préfet RCS/MCD/PF/DSR PNEVGT
CR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Représentant du Centre Carter offre un appui technique aux CT/PO localisés dans différents districts et assure une bonne collaboration entre le Centre Carter, le MSP/PNEVGT, l'OMS, et d'autres partenaires.</li> </ul>	Niveau central	Coordination du PNEVGT Ministère de la Sante Publique Siege du Centre Carter Différents partenaires
Coordinateur/ Coordinateur Adjoint	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le Coordinateur/son adjoint coordonne toutes les activités du PNEVGT au niveau national.</li> </ul>	Niveau central	Ministère de la Sante Publique Représentant du Centre Carter OMS
MSP	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le MSP supervise les activités du PNEVGT à travers le Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée</li> </ul>	Niveau national	Service de Surveillance Epidémiologique Intégrée (CASE) OMS Centre Carter

**Source : PNEVG, 2017**

Il est ressorti du tableau ci-dessus, la structuration des acteurs de la surveillance épidémiologique du ver de Guinée mobilisés par le PNEVG. Conformément au système de santé tchadien qui est de type pyramidal à trois niveaux (un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique), les agents en charge de la lutte contre le ver de Guinée sont déployés à tous les niveaux avec chacun son rôle. Ceci entre dans le cadre de ce qu'on peut qualifier des dynamiques institutionnelles.

### **II.1.15. Les stratégies ou moyens de dépistage**

D'après Morrison (1992) cité par Guessous et *al.*, (2010), le dépistage est l'examen d'individus asymptomatiques pour déterminer leur probabilité d'avoir la condition qui fait l'objet du dépistage. Les individus dont la probabilité d'être atteints est suffisamment élevée sont ensuite soumis à des investigations diagnostiques complètes. En effet, le dépistage du ver de Guinée consiste à faire les visites quotidiennes de ménage en ménage par les agents de santé villageois (bénévoles) pour chercher les personnes ou animaux domestiques, les chiens en particulier, qui manifestent des signes et symptômes de ver de Guinée. Ces visites peuvent se faire à n'importe quelle heure de la journée, de préférence très tôt le matin ou le soir, selon la disponibilité des membres de la famille. Notifier, en moins de 24 heures, le SASV/AR de la zone si l'on détecte une rumeur/cas suspect de ver de Guinée chez l'homme ou un animal et procéder à l'isolement pour qu'il n'y ait pas contamination de source d'eau. Les visites de ménage/village constituent la principale démarche dans la surveillance de la maladie du ver de Guinée. Ainsi, cette activité est si importante qu'elle doit être bien menée afin de ne pas passer à côté de cas de ver de Guinée, ce qui pourrait retarder l'éradication de ver de Guinée au Tchad.

Une rumeur ne peut être enregistrée qu'une seule fois par mois, cela veut dire que les agents suivent la personne/animal soupçonnée d'être malade jusqu'à ce qu'ils s'assurent qu'elle est indemne de la maladie et ferment cette fiche. La rumeur doit être investiguée en moins de 24 heures. Tout retard dans l'investigation d'une rumeur reflète la faiblesse de la surveillance dans une zone donnée. La Fiche de rumeur de ver de Guinée chez les animaux permet de collecter les informations des animaux, en particulier les chiens, présentant de signes et symptômes de ver de Guinée au cours de visites de surveillance au village. Elle a les mêmes propriétés que celles des humains. Une seule fiche pour une rumeur et le suivi des infections chez l'animal jusqu'à ce qu'il soit complètement guéri. Sur cette fiche, il est mentionné les informations relatives à l'animal : nom, sexe, âge, nom du propriétaire, etc. Tout animal avec un cas de ver de Guinée doit être rapporté par message électronique au bureau central (PNEVG : 2010).

**Photo n° 14 : Dépistage d'une rumeur humaine de ver de Guinée au siège du PNEVG / N'Djamena**



**Source : Enquête de terrain, 2019**

L'image ci-dessus montre un dépistage d'une rumeur de dracunculose. En effet, un élève, âgé de 9 ans habitant le quartier Farcha / Djouglier (N'Djamena) en classe de C.E avait séjourné à Sarh l'une des régions endémiques du ver de Guinée pendant les vacances de juin à Août 2019. La maman de l'enfant après avoir constaté des signes et symptômes de dracunculose a décidé d'emmener son fils au programme pour un diagnostic grâce aux messages de sensibilisation diffusés à travers les médias sur la maladie du ver de Guinée.

#### **II.1.16. Les stratégies ou moyens de contrôle**

Le contrôle d'une maladie consiste en la réduction, à un niveau acceptable, de l'incidence ou de la prévalence des cas et/ou de la mortalité attribuable à cette pathologie, par la mise en œuvre de mesures adaptées. Cette réduction doit être entretenue par des interventions pérennes (Antona : 2002). En effet, pour contrôler la propagation de la dracunculose en milieu rural, le PNEVG développe des stratégies basées sur les investigations, la recherche active de cas et infections, le traitement des mares préventives et curative en cas de contamination constituent les moyens de contrôle du ver de Guinée développés par le PNEVG. A cela, s'ajoutent les réunions d'information, de sensibilisation et de formation à l'intention de la communauté, des autorités administratives, traditionnelles, religieuses, des enseignants, des élèves, des associations sportives, féminines. L'objectif de

ces mobilisations sociales est d'inciter les communautés à collaborer avec le programme pour la détection, contrôle et prise en charge de cas de dracunculose. L'existence d'importants réseaux des agents de santé villageois fonctionnel constitue un moyen de contrôle de la maladie du ver de Guinée en milieu rural au Tchad. Selon Nassou Guemssou, MCD de Kyabé :

*Les agents de santé villageois sont là au niveau des ménages dans les villages et font la sensibilisation et qui vont chaque jour dans les ménages voir est-ce qu'il y a les trous de boyaux pour enterrer les poissons. Il y'a les superviseurs qui supervisent les ASV, nous avons les agents renfort qui sont dotés des motos et qui font un peu la supervision dans les villages, et il y'a les conseillers techniques, les conseillers techniques séniors et les agents chargés de traitement à l'abte (Entretien réalisé le 24 /12 / 2019 à Kyabé)*

Malgré leurs contributions dans la lutte contre le ver de Guinée, les agents de terrain ne sont tous traités de la même manière. Si les AR, ACT, CT et CTS sont traités selon le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG), les CTA et ASV considérés comme des volontaires recrutés dans les divers villages endémiques en accord avec les chefs de villages sont abandonnés à leur triste sort. N'ayant aucun salaire, les ASV et CTA gagnent 8000F chaque deux à trois mois pendant la formation de recyclage. Cette maigre somme qui représente les frais de déplacement ne leur permet pas d'assurer certains besoins élémentaires. N'étant pas des salariés du PNEVG, les ASV et CTA se mettent véritablement au travail que lorsqu'ils ont reçu leurs frais de déplacement (8000F) comme en témoigne le SASV Alain :

*J'ai l'impression que le jour-j de formation et juste après la formation, les ASV travaillent mieux, mais deux mois plus tard, c'est n'importe quoi, chacun prend sa direction, donc si on arrive à modifier un peu ce calendrier là, ça va aussi un peu aider les superviseurs, ça va aussi un peu aider les agents de renforts, ainsi de suite, ça va vraiment aider un peu le programme, ce sont des volontaires, donc nous, on n'a pas la main mise sur eux.*

### **II.1.17. Les stratégies ou moyens de traitement**

Etant donné qu'il existe ni médicament, ni vaccin contre la dracunculose, les seules stratégies utilisées pour traiter les personnes ayant fait des vers demeurent uniquement l'extraction du ver dans une structure sanitaire. Dans le souci d'isoler chaque cas de ver de Guinée afin de prévenir la transmission de la maladie, le cas doit être détecté et traité dans les 24 heures suivant l'émergence. Le pansement et l'éducation doivent commencer dans les 24 heures suivant l'émergence et continuer jusqu'à ce que le ver soit complètement enlevé et la plaie complétement guérie. Si le patient a plusieurs vers, le cas ne sera dit isolé qu'après

l'extraction de tous les vers. Il faut noter que durant l'hospitalisation du patient, le programme est chargé d'assurer la prise en charge du patient (une somme de trois mille franc (3000F) par jour est accordée au patient) dans son intégralité jusqu'à la guérison complète. Le ver ayant été récupéré, l'échantillon doit être mis dans un flacon d'alcool avec une étiquette mentionnant le nom du malade, son âge, son sexe, son village, sa zone, son district, sa région ainsi que les dates de confirmation et d'extraction du ver. L'échantillon doit être envoyé le plus tôt possible au bureau central afin qu'il soit acheminé au laboratoire d'Atlanta pour des études caryotypes.

## **II.2. Les stratégies et moyens de communication (sensibilisation des malades, des soignants, des communautés) sur les questions de la dracunculose**

### **II.2.1. Les stratégies et moyens de communication**

Dans le souci de sensibiliser les communautés des zones endémiques de la dracunculose pour un changement de comportement, le programme national d'éradication du ver de Guinée mobilise les canaux à savoir : les spots radio, les crieurs publics, les troupes théâtrales, les rencontres communautaires, les affiches, la chanson. Le PNEVG souhaite à travers ces multiples canaux, impliquer l'ensemble des acteurs concernés par la lutte mais également les communautés rurales afin de susciter le changement de comportement contre le ver de Guinée car, ces stratégies favorisent et facilitent simultanément les changements dans les connaissances, les attitudes, les normes, les croyances.

Pour accélérer la réduction de la transmission de la maladie du ver de Guinée, le programme à travers son service de communication utilise plusieurs canaux notamment des spots radio,<sup>13</sup> clip vidéo, les affiches, la télévision, le théâtre et chansons afin de toucher un bon nombre de la population tchadienne. Outre ces différents canaux utilisés, il existe dans les hôpitaux de référence, les hôpitaux régionaux et de district ainsi que dans les centres de santé, un dispositif pour enquêter sur les cas présumés de manifestations du ver de Guinée.

---

<sup>13</sup> 2179 radio spots; 1344 chansons; 24 vidéo clips 21 131 affiches distribuées pendant toute la campagne

## II.2.2. Les canaux utilisés par le PNEVG pour la sensibilisation de masse

### II.2.2.1. Spot radio

Les spots radio sont des pièces radiophoniques courtes (généralement de 15 à 60 secondes) qui délivrent un seul message clair. Ils peuvent être présentés sous différents formats, mais deux des plus courants sont les annonces simples également appelées messages d'intérêt public et les pièces de théâtre courtes (Betteridge-Moes, 2020). En effet, les spots radio sont utilisés lorsqu'on a besoin de transmettre rapidement et efficacement un message spécifique au public. La radio s'avère être un média stratégique pour certains secteurs d'activité qui ont besoin d'une communication très puissante, régulière (De Barnier & Joannis ( 2016). La diffusion d'un spot publicitaire à la radio peut effectivement vous permettre d'atteindre une audience d'auditeurs large dans laquelle se trouve votre cible. Dans la lutte contre le ver de Guinée, le PNEVG fait recours à cette stratégie afin de faire passer le message de sensibilisation de masse. Des radios communautaires à savoir : Radio Terre Nouvelle de Bongor (RTN), Radio Lotiko de Sarh et Radio Meguedem de Bousso mais aussi la radio nationale tchadienne (RNT) ont été mobilisées pour diffuser les messages de sensibilisations contre le ver de Guinée.

Lors d'un entretien, Memdingar Damengar et Dibya allio, journalistes à la radio communautaire Meguedem de Bousso déclarent : « *Nous ici, nous avons commencé avec l'activité de ver de guinée, c'était en 2015 que nous avons eu le contrat avec nos gars de ver de guinée et je pense que le contrat est renouvelé deux fois déjà, trois fois et on venait de finir il n'y a de cela pas encore quelque mois, c'était en août* ». (Entretien réalisé le 20/11/2019 à Bousso). Des journalistes ont été formés par le programme sur les activités de surveillance de la maladie du ver de Guinée. Selon le Directeur de la radio lotiko :

*Dernièrement, il y a de cela encore une semaine, le réseau des journalistes du Moyen-Chari ont eu formation de deux jours ici à Sarh au Centre de Jeunes Don Bosco sur la maladie de ver de guinée, donc cette formation a regroupé presque tous les journalistes du Mandoul, du Moyen-Chari, du Lac-Iro et certains qui sont aussi venus de Moissala qui ont participé à cette formation.*

Les messages sont généralement diffusés en langues locales notamment arabe, sara, ngambai, Massa, Mousgoum, Baguirmi et Moundang. D'après Memdingar et Dibya :

*Oui, c'est avec le contrat. Ils nous avaient donné d'abord le contrat, on avait signé et on nous a remis les fiches parce que chaque émission que nous faisons, on coche, selon en Barma, en Sara, en français et en arabe, c'était en quatre langues. On a commencé au début en sept langues, on a commencé avec Barma, Sara, arabe, français, bornou, haoussa, foulbé.*

Il est également observé à la radio Lotiko de Sarh la diffusion des spots sur le ver de Guinée comme le confirme le Directeur :

*Le spot, nous avons au moins trois langues : un spot en arabe, en français et en Sara, et en dehors des spots, il y a des suites des chansons de ver de guinée en trois langues aussi, français, arabe et Sara, donc généralement, nous, on fait selon le planning du Centre Carter. Nous faisons dans une semaine au moins douze diffusions, voilà on fait le matin et le soir selon les tranches d'animation, si c'est en français on diffuse le spot en français, si c'est les tranches d'animation en Sara, on diffuse aussi les spots en Sara et en arabe à même temps.*

Les spots radio sont plus efficaces lorsqu'ils sont diffusés régulièrement tout au long de la programmation d'une station, mais surtout lorsqu'ils sont intégrés dans les pauses publicitaires, entre ou pendant les émissions pertinentes, ou à toute autre pause de votre grille de programmes (Betteridge-Moes, 2020). Selon les statistiques du programme, le nombre des spots radio diffusé était à 2179 ; 1344 chansons; 24 vidéo clips à travers les médias (PNEVG 2019). Au sujet des horaires de la diffusion des spots radio sur le ver de Guinée, Memdingar & Dibya expliquent :

*Bon, selon le premier contrat, on fait chaque mardi et vendredi en Barma à 16h15, en Sara à 15h15, en arabe à 18h15 et en français à 19h15. Ça c'est dans le premier contrat. Juste avant les communiqués là, on fait les spots publicitaires d'abord, on passe nos communiqués. Oui, ce qu'il vient de dire, c'est vrai parce qu'on nous a d'abord situé dans le contrat que nous allons faire selon le jour comme il vient d'énumérer et nous, par rapport à notre programme, comme il vient de dire en Barma local là c'est à 16h, en Sara à 17h15, en arabe à 18h15 et en français à 19h15, mais au début, les autres langues comme le haoussa, le foubé, le bornou, ces trois-là, elles, généralement ça passe aussi dans les tranches arabe, eux ils font des permutations, toutes ces trois langues. Mais dans le second contrat, eux-mêmes là, ils ont réduit parce que sur le contrat même là, ils n'ont amené que Sara, arabe, Barma et français. Ça c'est depuis le bureau national, ils ont établi leur programme-là, ils nous ont envoyé, on a pris connaissance et puis on a approuvé, c'est comme ça on travaille avec. Comme nous, notre comité de gestion de la radio est aussi là-bas à Ndjamena, ils se sont discutés là-bas et puis ils ont signé là-bas le contrat avec le comité.*

Selon les termes du Directeur de la radio Lotiko de Sarh :

*Le spot, nous avons au moins trois langues : un spot en arabe, en français et en Sara, et en dehors des spots, il y a des suites des chansons de ver de guinée en trois langues aussi, français, arabe et Sara, donc généralement, nous, on fait selon le planning du Centre Carter. Nous faisons dans une semaine au moins douze diffusions, voilà on fait le matin et le soir selon les tranches d'animation, si c'est en français on diffuse le spot en français, si c'est les tranches d'animation en Sara, on diffuse aussi les spots en Sara et en arabe à même temps.*

Le recours aux radios communautaires dans la lutte contre le ver de Guinée, qui a pour objectif primordial la conscientisation de la population afin de susciter un changement de



comportement, est entaché des irrégularités qui dégradent la collaboration entre les acteurs impliqués dans la lutte contre le ver de Guinée et les responsables des radios communautaires.

En effet, si les responsables de la radio Lotiko ont bénéficié d'une formation sur la maladie du ver de Guinée qui leur permet de faire des sensibilisations, les journalistes de la radio Meguedem de Bousso affirment n'avoir reçu aucune formation sur le ver de Guinée :

*Et nous aussi, nous demandons une formation, il faut qu'ils nous forment, ça va peut-être nous donner le courage de faire mieux encore le travail. Notre radio par exemple, nous on fait la sensibilisation mais lors de notre promenade au quartier, il y a certains parents qui disent voilà vous venez de parler de ver de guinée mais j'ai une chose à vous poser la question, les villageois creusent aussi et ils posent la question, mais comme nous ne sommes pas formés permanemment avec eux, certaines choses, on ne peut pas aussi les dire à la population. Ils risquent de dire que voilà comme j'ai trouvé un agent de la radio même, cette information, ça c'est sûr. Demain il va faire face à un agent même de ver de guinée, moi ce que j'ai écouté à la radio là, j'ai trouvé Blaise ou Dibia, ce qu'il m'a dit là, c'est vrai mais ce que tu es en train de dire là, ça c'est autre chose, et pourtant ce que nous avons dit, c'est faux. Donc par rapport à la formation à la formation, parce qu'il faut qu'ils nous forment, s'il y a quelque chose, il faut connaître, et qu'eux-mêmes s'ils sentent qu'il y a un peu de changement là, il faut rapidement venir former les gens de la radio parce qu'eux, si on fait l'erreur à l'antenne il y a mille personnes qui écoutent et ça leur met déjà en doute et eux-mêmes peut-être il y a beaucoup d'étrangers qui passent, ils peuvent dire moi-même j'ai écouté à la radio, ils peuvent amener ça ailleurs même et eux, ils seront peut-être interpellés même très loin, mais quand nous ne sommes pas formés sur ça. Sincèrement dit là, ils ne nous associent pas à leur formation.*

Des difficultés liées aux contrats de diffusion des spots radios sont souvent soulignées pendant les entretiens avec les responsables des radios communautaires. D'après le Directeur de la radio Lotiko : « je pense presque 2019 la fin du mois je pense qu'il y a un problème de financement, donc nous avons aussi arrêté la diffusion de spot, jusqu'aujourd'hui, on ne diffuse pas encore le spot sur le ver de guinée ». Plus loin, il ajoute :

*Les difficultés, c'est au point de vue financier, on avait es difficultés parce l'argent qui venait avec le spot quelquefois le virement ne venait pas à temps, il va falloir attendre longtemps, tu programmes quelque chose avec l'activité de l'argent et que l'argent n'est pas venu, quelquefois ça ralenti un peu les activités internes. On avait des contrats mais c'était des contrats à courte durée, contrats des quelques mois, ça finit, après il faut renouveler, après il faut renouveler, donc c'est par rapport aussi à leur budget, on ne peut pas les imposer, mais s'il y a des moyens d'avoir des contrats d'une année, ça va être bien et là on fait on fait tout ce qui est activité sur le ver de guinée et puis on fait le rapport, on dépose, mais les contrats spontanés, je pense que peut-être les gens vont savoir, voilà maintenant la radio ne parle pas de ver de guinée là qu'il n'y a pas déjà, alors qu'il y en a.*

Selon le Directeur, les difficultés ne se limitent pas seulement au niveau financier mais aussi au niveau d'implication car :

*Autres difficultés encore, je ne dirai pas les difficultés, mais le Centre Carter fait beaucoup de travail sur le terrain, mais nous ne sommes pas pleinement associés à ses activités, si seulement il sollicitait de temps en temps la presse, ça ne serait-ce que venir aussi voir ce qu'ils font parce qu'un jour on disait qu'ils font un bon travail sur le terrain mais du point de vue visibilité de tout ce qu'ils font, ça reste parce que la presse n'a pas eu le temps d'être avec eux et puis à médiatiser*

Le même problème est souligné par les responsables de la radio Meguedem de Bousso :

*Ils savent que la radio communautaire est là, normalement pendant leur déplacement sur le terrain, ils devaient prendre un animateur avec eux pour qu'au retour, l'animateur peut parler déjà du déplacement des agents du ver de guinée dans une telle localité et puis voilà ce qu'ils ont fait, donc peut-être ce qu'ils ont fait ou dit à Konon, l'animateur va rapporter à la radio, peut-être Mogo va écouter, Bâ-illi va écouter, Bogomoro va écouter et même dans les petits villages-là voilà ce qui a été passé avec nos frères de ver de Guinée c'est ce qu'ils n'ont pas fait.*

En principe, selon le Directeur de la radio Lotiko :

*En dehors de cette formation, il va falloir signer des contrats avec les radios partenaires pour la diffusion des messages, la réalisation des émissions, c'est-à-dire, intensifie beaucoup des activités de communication parce que par rapport à ce projet moi je pense que la communication est très importante, même au besoin faire des projections de films et aller dans les campagnes projeter, sensibiliser aux gens comment on peut attraper le ver de guinée parce que si on fait seulement l'audio sans toutefois passer par le visuel, quelquefois les gens n'arrivent pas aussi à comprendre, donc il va falloir faire des campagnes de proximité en partenariat avec la radio, une équipe de la radio peut descendre sur le terrain avec l'équipe technique de ver de guinée et faire des projections et en plus lancer les jeux concours pour que les gens posent des questions et là à force de faire ça, la persuasion est très vite, et en dehors des signatures des contrats, moi je pense qu'il faut pérenniser la formation et impliquer aussi les leaders religieux dans cette lutte, ça va être une bonne chose.*

### Message publicitaire n° 1 :

*Le Ministère de santé publique lance une vaste campagne de communication intitulée « héros du ver de Guinée » pour l'éradication du ver de Guinée au Tchad. Apparition des maladies : démangeaisons, brûlures, gonflements ou ampoules, douleur et plaie. Si vous remarquez ces signes sur une partie de votre corps ou sur une autre personne, rendez-vous immédiatement au centre de santé le plus proche ou appelez gratuitement sur la ligne verte au 13 00 à partir d'Airtel ou de Tigo. Si le laboratoire confirme que c'est le ver de Guinée, vous recevrez 50 000 FCFA si vous avez-vous-mêmes déclaré votre maladie à un agent de santé et si votre maladie a été déclarée par une autre personne à un agent de santé, vous recevrez 25 000 FCFA et cet informateur recevra aussi 25 000 FCFA. Ces récompenses seront remises pendant une cérémonie officielle où vous serez déclaré « héros du ver de Guinée » en plus la prise en charge médicale de la maladie du ver de Guinée est totalement gratuite et pendant tout le séjour au centre de santé le patient bénéficie de 3000 FCFA par jour pour sa nourriture.*

*De même, si vous remarquez ces signes sur un chien ou un chat, attachez-le pour éviter qu'il n'aille contaminer une source d'eau et informez immédiatement un agent de santé ou appelez gratuitement sur la ligne verte au 13 00 à partir d'Airtel ou de tigo. Si c'est un cas confirmé de ver de Guinée, les récompenses sont de 10 000 FCFA plus 3 boules de savon, si vous êtes le propriétaire de l'animal et que vous l'avez attaché avant l'émergence du ver jusqu'à la guérison complète de la plaie, 2000 FCFA si vous êtes le propriétaire de l'animal et que vous l'avez attaché du stade de la plaie ou après l'émergence du ver jusqu'à la guérison complète de la plaie, 3 savons si vous êtes l'informateur.*

*Pour plus d'informations sur la maladie du ver de Guinée et sur toutes les récompenses, appelez gratuitement à la ligne verte au 13 00 à partir d'Airtel ou de tigo et devenez héros du ver de Guinée, si vous déclarez un cas confirmé. Ceci est un message du ministère de la santé publique.*

### Photo n° 15 : Maison de la radio communautaire Meguedem de Bousso/ Chari-Baguirmi



Source : Enquête de terrain, Novembre 2019

### II.2.2.2. Crieur public

La présence des crieurs publics dans quelques villages endémiques du ver de Guinée consiste à faciliter la mobilisation des communautés rurales pour une sensibilisation de masse. Les crieurs publics transmettent également aux populations rurales les principaux messages suivants : la connaissance du ver de Guinée, les causes, les signes et symptômes, la transmission du ver de Guinée, les conséquences du ver de Guinée, le système de récompense mais également la prévention contre le ver de Guinée. Selon Ngarsandjim Marcel, crieur public à Moursal dans le district sanitaire de Bâ-illi : *« en ce qui concerne mon travail comme crieur pour le ver de guinée, quand on me donne des instructions je fais mon travail de crieur »*. D'après l'OMS (2015 : 3), l'expérience de terrain a démontré que les crieurs publics sont le principal canal de communication dans les sociétés rurales, où les gens n'ont qu'un faible revenu et sont peu instruits. Des difficultés techniques limitent le déroulement normal des activités des crieurs publics comme en témoigne Ngarsandjim : *« le manque de mégaphone constitue un handicap pour mon travail parce que ceux qui sont loin ne m'écoutent pas bien comme notre village est trop large. Quand je passe le communiqué la nuit, beaucoup des gens me disent qu'ils n'ont pas écouté bien ce que j'ai dit hier »*. A ces difficultés, s'ajoutent d'autres telles que le manque des piles de rechanges, les pannes répétitives de mégaphones. Il est observé dans certains villages endémiques l'absence des crieurs publics. Ces manquements contribuent efficacement au développement des pratiques non encouragées qui perdurent dans les zones endémiques.

**Photo n° 16 : Crieur public rencontré dans le district sanitaire de Bâ-illi / Chari-Baguirmi**



**Source : Enquête de terrain, Novembre 2019**

L'observation de la photo ci-dessus laisse entrevoir un crieur public chargé de transmettre les sensibilisations contre le ver de Guinée à Moursal / Bâ-illi dans le district sanitaire de Bâ-illi, délégation sanitaire du Chari-Baguirmi. Il est à souligner que cet agent qui fait le bénévolat communautaire dans le cadre de la lutte contre le ver de Guinée, sillonne les différents quartiers et lieux publics pour relayer les messages clés permettant aux communautés de connaître les signes, symptômes, manifestations et prévention du ver de Guinée. Par exemple :

*Pour mieux faire connaître à la communauté l'existence du système de récompense, on fait appel à des crieurs dans les villages et sur les places de marché ainsi qu'à la radiodiffusion et à la communication interpersonnelle. La surveillance de la dracunculose entre dans la Stratégie de surveillance intégrée des maladies et de riposte; une recherche des cas de dracunculose est menée chaque année depuis 2010, soit de manière indépendante, soit en l'intégrant aux activités des journées nationales de vaccination, au cours desquelles les rumeurs sont enregistrées et analysées. En 2014, 1733 rumeurs ont été signalées et analysées, pour 96% d'entre elles (1658) dans les 24 heures, avec confirmation de 13 cas de dracunculose. Dans les zones de surveillance passive, 11 rumeurs sur 95 ont été confirmées comme étant des cas de dracunculose et 2 rumeurs sur 1638 ont été confirmées dans des zones de surveillance active. En 2013, 1464 rumeurs avaient été signalées et analysées, donnant lieu à la confirmation de 14 cas (OMS 2015 : 208).*

### **II.2.2.3. Chanson**

Selon Bérenguer (2006) cité par Gamboni (2014: 8) : « une chanson est dite engagée lorsqu'elle exprime une prise de position librement assumée de la part de son auteur et/ou interprète, lorsqu'elle constitue une arme au service d'une cause. » En effet, il est noté des séances d'animation avec les enfants dans la lutte contre le ver de Guinée. Cette activité vise principalement à éduquer les enfants sur la prévention du ver de Guinée par la bonne cuisson de petits poissons que les enfants ont l'habitude de manger non bien grillés. Cette animation se fait à travers des dessins, chansons et autres jeux de divertissements (Carter : 2010). Selon Gamboni (2014: 9) « *formidable outil de dénonciation, les chansons circulent bien mieux dans une société majoritairement analphabète que les écrits des grands philosophes du siècle, et contribuent à propager l'esprit de révolte* ». Ces bouts de mots sont porteurs de message quant à la lutte contre la dracunculose. Cette chanson peut être classée dans l'ordre des chansons que Bérenguer (2006) cité par Gamboni (2014: 8) qualifierait d'« *une chanson engagée* ». Cette chanson apporte un message très fort et met en avant les valeurs à défendre. Cette efficacité symbolique de la voix des enfants vient renforcer davantage les

sensibilisations sur les connaissances des signes et symptômes du ver de Guinée. Cependant, en dépit de l'apprentissage de la chanson aux enfants des zones endémiques, il a été observé des pratiques non encouragées développées par les enfants à Baingara dans le district sanitaire de Bousso dans la délégation sanitaire du Chari-Baguirmi. En effet, après avoir mis en épreuve quelques enfants ayant appris la chanson sur le ver de Guinée pendant les collectes des données, ces mêmes enfants qui ont chanté intégralement le morceau se sont retrouvés dans le fleuve Chari sans aucune mesure barrière. Cette banalisation de la maladie du ver de Guinée à Baingara dans le district sanitaire de Bousso corrobore l'expression « maladie tropicale négligée » attribuée à la dracunculose par l'OMS.

#### **II.2.2.4. Chanson sur le ver de Guinée / version en Français**

*Ver de Guinée, la maladie de l'eau  
Qu'on trouve dans les mares.*

*Ah ça démange  
Ah ça brule  
Ah ça gonfle  
Oh-là ça fait mal  
Oh-là ça y a l'ampoule  
Oh-là y a la plaie.*

*Voilà la solution, allons à l'hôpital  
Ver de Guinée. Ver de Guinée.  
Ver de Guinée, la maladie de l'eau  
Qu'on trouve dans les mares.*

*Ah ça démange  
Ah ça brule  
Ah ça gonfle  
Oh-là ça fait mal  
Oh-là y a l'ampoule  
Oh-là y a la plaie.*

*Voilà la solution, buvons l'eau potable  
Ver de Guinée. Ver de Guinée.  
Ver de Guinée, la maladie de l'eau  
Qu'on trouve dans les mares,  
Ah ça démange*

*Ah ça brule  
Ah ça gonfle  
Oh-là ça fait mal  
Oh-là y a l'ampoule  
Oh-là y a la plaie*

*Voilà la solution, mangez les poissons bien cuits  
Ver de Guinée. Ver de Guinée.*

## **Chanson sur le ver de Guinée composée par l'artiste musicien Guy Sultan**

*Papa et maman, enfants du Tchad, attention le ver de Guinée est parmi nous. Nous devons tous lui barrer la route.*

*R / ver de Guinée tu es dangereux pour notre santé, tu ne passeras pas par nous, ni le chien ni le chat, nous allons t'éradiquer. Tous ensemble, libérons le Tchad du ver de Guinée, ver de Guinée.*

*Ah ah ah papa et maman, enfants du Tchad, attention le ver de Guinée est parmi nous, il ressemble à un long fil blanc, il se manifeste par des démangeaisons, de brûlure, de gonflement, de douleur ou des ampoules sur le corps. A la première apparition de ces symptômes sur vous ou sur une autre personne autour de vous, évitez d'entrer dans de l'eau pour ne pas la contaminer. Allez immédiatement au centre de santé ou à l'hôpital ou bien appelez gratuitement au 13 00 à partir d'airtel ou de tigo, vous recevrez une récompense si le ver de Guinée sort, vous serez pris en charge gratuitement. Nous pouvons éviter le ver de Guinée en buvant de l'eau de forage, de l'eau filtrée ou de l'eau bouillie. Mangeons de poisson et autre espèce aquatique bien cuits.*

*R / ver de Guinée tu es dangereux pour notre santé, tu ne passeras pas par nous, ni le chien ni le chat, nous allons t'éradiquer. Tous ensemble, libérons le Tchad du ver de Guinée, ver de Guinée.*

*Faites attention ! le ver de Guinée est dangereux, si vous avez le ver de Guinée, vous ne pouvez aller à l'école, vous ne pouvez aller au champ ni au marché, nous ne pouvez participer aux activités de votre communauté. Faites attention famille, ami et enfant prenez soin de vos chiens et chats, ver de Guinée ne passera pas par moi. Devenons tous des héros de ver de Guinée en contribuant à l'éradication de la maladie.*

*R / ver de Guinée tu es dangereux pour notre santé, tu ne passeras pas par nous, ni le chien ni le chat, nous allons t'éradiquer. Tous ensemble, libérons le Tchad du ver de Guinée, ver de Guinée.*

*Les chats et les chiens peuvent aussi être infectés. Surveillez vos chiens et vos chats en palpant souvent pour détecter très tôt une ampoule ou une plaie. A la première apparition de ces symptômes, attachez les chiens et les chats infectés pour les empêcher de contaminer une source d'eau. Le ver de Guinée est là, cherchons-le activement dans nos villes et nos campagnes, enterrons les boyaux de poissons ou brûlons les quelle que soit la quantité pour empêcher les chiens et les chats de s'infecter en les mangeant. Ver de Guinée tu ne passeras pas par mes chiens et mes chats. Ensemble barrons la route au ver de Guinée, barrons la route au ver de Guinée, barrons la route au ver de Guinée, tous ensemble barrons la route au ver de Guinée.*

*R / ver de Guinée tu es dangereux pour notre santé, tu ne passeras pas par nous, ni le chien ni le chat, nous allons t'éradiquer. Tous ensemble, libérons le Tchad du ver de Guinée, ver de Guinée.*

A travers cette chanson, l'artiste musicien tchadien Sultan Guy lance un cri d'alarme aux parents voire enfants de s'unir pour une cause commune à savoir, l'éradication de la

dracunculose au Tchad. Face à la maladie, les artistes musiciens apportent également leur contribution afin d'insister les populations touchées à prendre conscience de la situation.

### II.2.2.5. Troupe théâtrale

Considéré dans des nombreuses sociétés comme outils de sensibilisation dans les communautés n'ayant pas maîtriser la langue française. Le théâtre permet de transmettre facilement un message afin de susciter un changement de comportement face à un fléau, une épidémie. Le programme national d'éradication du ver de Guinée a fait recours à cette stratégie afin de sensibiliser les communautés vivant dans les zones touchées par la maladie du ver de Guinée. Des messages clés conçus en langues locales liés à la connaissance du ver de Guinée, les symptômes et signes, le filtrage de l'eau, l'enterrement des boyaux de poisson, la prévention, le système de récompense ont été conçus et mis à la disposition des troupes théâtrales qui sont chargées de leurs faire passer à travers la mise en scène voire l'ironie mais qui traduisent les réalités que vivent les communautés des zones endémiques car, le théâtre et le cinéma peuvent contribuer à l'éducation morale (Jerrold, 2013 : 151 ; 152). Il est difficile, voire impossible de communiquer avec une très grande partie des populations africaines dans les langues étrangères (celles du colonisateur), érigées, malheureusement en langues officielles, dans la plupart des pays de l'Afrique au Sud du Sahara. Ces populations « *analphabètes* » sont donc contraintes de vivre de rumeur. Ainsi a-t-on recours aux crieurs publics ou à ces troupes théâtrales, véritables vecteurs de l'information pour atteindre ces populations. Ceux-ci utilisent des modes d'expression singuliers pour présenter des situations souvent assez complexes (Enoné Eboh, 2002). L'efficacité de ce type de sensibilisation par le théâtre est l'implication des acteurs qui passent directement à l'action sur scène. Ils prennent conscience du problème. D'après le comédien Ngonnkandji Olivier :

*Nous avons baptisé cette présentation « la lutte contre la maladie du ver de Guinée ». Partant, nous voulons sensibiliser la population à propos de la maladie du ver de Guinée. La scène parle de l'éradication du ver de Guinée appelé en Ngambaye « Miri ». Ce qui nous a poussé est qu'aujourd'hui, il est difficile de sortir pour les séances de sensibilisation. C'est pourquoi, nous, comédiens, avons décidé de nous unir au Programme pour réaliser des scènes allant dans le sens de sensibilisation sur l'éradication de la maladie du ver de Guinée pour que la population puisse avoir quelques notions ou connaissances sur la maladie (Entretien réalisé le 17/10/2019 à Ngonn Bâ Sara / N'Djamena).*

Cette technique a été également utilisée au Bénin pour surmonter le handicap. Toujours selon Enoné Eboh (2002) : « *A cause du taux d'analphabétisme élevé au Bénin, une frange assez importante de sa population ne vit que de la rumeur. Elle ne peut directement accéder à l'information dont la langue la plus utilisée est celle du colonisateur français* ».



Quand bien même l'utilisation des troupes théâtrales permet de sensibiliser un grand nombre face à la maladie du ver de Guinée, il est à déplorer les multiples difficultés que font face les différentes troupes théâtrales mobilisées par le service de la communication du programme national d'éradication du ver de Guinée. Les membres des troupes théâtrales ont du mal à se rendre dans certains villages situés derrière le fleuve pour les sensibilisations, le transport des matériels, l'hébergement des membres et la restauration n'étaient pas inclus dans le contrat. Ces difficultés entraînent parfois la rupture de la sensibilisation.

**Photo n° 17 : Réalisation d'une scène pendant la cérémonie de récompense à Ngonn bâ sara/ N'Djamena**



**Source : Enquête de terrain, Novembre 2019**

L'image ci-dessus montre la mise en scène de la lutte contre le ver de Guinée par la troupe théâtrale dans le village endémique notamment Ngonn bâ sara. A travers ce théâtre, l'équipe de production sensibilise les communautés sur la consommation des mares et l'enterrement des boyaux afin d'éviter la maladie du ver de Guinée.

#### **II.2.2.6. Affiche**

Une affiche est un support de publicité ou de propagande destiné à être vu dans la rue et plus généralement dans les espaces publics. Imprimée sur papier, du tissu ou des supports

synthétiques, elle adopte des dimensions variables, pouvant aller jusqu'à plusieurs mètres. Hormis les sensibilisations faites à travers les mobilisations communautaires, les crieurs publics, les théâtres, le programme fait également l'usage des affiches dans la lutte contre le ver de Guinée. Des affiches conçues avec le message et images du ver de Guinée sont accrochées sur les troncs d'arbres, murs et centres de santé des zones endémiques de dracunculose. Il a été observé des affiches où une partie a été complètement disparu sous l'effet du soleil, de la pluie cachant ainsi le message que le programme souhaite transmettre aux communautés malades. Des difficultés d'interprétations de ces diverses affiches ne sont pas à exclure car, la majorité personnes vivant dans les zones endémiques ne savent lire ni écrire et ceci dans aucune langue d'où il leur est difficile de pousser la réflexion autour de ces affiches. Toutes les affiches sont uniquement en français et arabe au détriment des langues locales. Pourtant, pour la conception graphique des affiches, quelques lignes sont indispensables. La plus importante et la première chose à faire est de trouver pour quel genre de personnes l'affiche est préparée. C'est le premier facteur pour savoir comment l'affiche devra être. Car, en tant qu'association d'un slogan, d'une image et éventuellement d'un court texte, elle doit donner à voir, attirer le regard, informer, sensibiliser, promouvoir, transmettre/communiquer une idée/un message des sentiments, interpeller.

Ce chapitre qui a abordé la problématique de ripostes institutionnelles (nationales et internationales) contre la dracunculose, a pour seul objectif de passer en revue les multiples stratégies mobilisées face à l'endémie du ver de Guinée au Tchad. Ce dernier chapitre de la première partie de la thèse a enfin permis de mettre en exergue les mobiles de la création du programme national d'éradication de ver de Guinée mais également les orientations et axes d'intervention. Les appuis techniques, financiers et matériels des principaux partenaires en rapport avec la lutte contre la dracunculose au Tchad. Il a été également question dans ce chapitre de s'interroger sur les moyens de communication utilisés pour atteindre les communautés des zones endémiques, la collaboration entre les acteurs du PNEVG et les acteurs communautaires, la perception de la lutte contre le ver de Guinée au Tchad mais aussi le profil socioprofessionnel des responsables. Il est à retenir au terme de ce chapitre qu'en dépit des réalisations du PNEVG, son bilan reste mitigé car les objectifs fixés ne sont jusqu'à là pas atteints. Des difficultés d'ordre institutionnels, techniques et financiers limitent l'éradication de la dracunculose au Tchad. Des insuffisances dans la mobilisation des ressources humaines qualifiées pour lutter contre le ver de Guinée demeure un sérieux problème. Les interventions du programme ne couvrent pas l'ensemble du territoire national. Des villages ont été réinfectés à cause du relâchement de la surveillance épidémiologique.

La première partie de la thèse a été consacrée à la réémergence du ver de Guinée au Tchad mais aussi les ripostes institutionnelles, nationales et internationales face à cette endémie. L'analyse a été orientée sur les causes de la résurgence de dracunculose en milieu rural tchadien. L'expérience des pays ayant éradiqué le ver de Guinée. Cette partie a servi à comprendre les motivations qui ont suscité la mise la place du PNEVG, les stratégies de lutte, l'appui des partenaires, la perception de la lutte par les communautés rurales ensuite, les contraintes, difficultés et obstacles dont le programme fait face. Cette partie de la thèse s'est intéressée également à la collaboration entre le programme et ses partenaires techniques et financiers face à la maladie du ver de Guinée. Les questions liées aux normes ou recommandation de l'OMS en matière de lutte contre le ver de Guinée n'ont pas été perdues de vue. Il a été observé des insuffisances dans la mobilisation des ressources humaines qualifiées pour lutter contre le ver de Guinée demeure un sérieux problème. Les interventions du programme ne couvrent pas l'ensemble du territoire national. Ces différents points abordés simultanément dans cette première partie ont aidé d'entamer la deuxième partie de la thèse consacrée aux représentations sociales de la maladie du ver de Guinée.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE ET ITINÉRAIRES**  
**THÉRAPEUTIQUES DES MALADES DU VER DE GUINÉE AU TCHAD**

*« Si les modèles épidémiologiques de la diffusion de la maladie [du ver de Guinée] sont assez bien connus par le [Programme National d’Eradication du Ver de Guinée], les aspects socioculturels restent pour la plupart mal compris ».*  
(Caprara 2000 : 15 ; 18).

La deuxième partie de ce travail s'est focalisée sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de l'hygiène et l'assainissement chez les populations des zones endémiques de la dracunculose d'une part ; sur les croyances sociales, le vécu de la maladie du ver de Guinée et les itinéraires thérapeutiques d'autre part. Les points abordés dans cette partie de la thèse relatent à partir des données probantes les faits liés aux comportements non encouragés développés par les communautés rurales, la vulgarisation des pratiques préventives et la prise en charge des populations par les agents de santé. Cette partie du travail a tenté d'analyser la pratique du Wash dans les zones endémiques. Elle a aidé à cerner les goulots d'étranglement qui favorisent l'augmentation des cas et infections en milieu rural. Outre cela, les aspects liés aux différents canaux d'informations mobilisés par le programme pour sensibiliser les communautés des zones endémiques de dracunculose ont été analysés. Les constructions autour du ver de Guinée ont suffisamment fait l'objet d'analyse dans cette deuxième partie de la thèse. Les questions portant sur l'accessibilité (géographique, économique, socioculturelle) aux soins contre le ver de Guinée, les pratiques et itinéraires thérapeutiques des malades constituent également l'ossature de la présente partie.

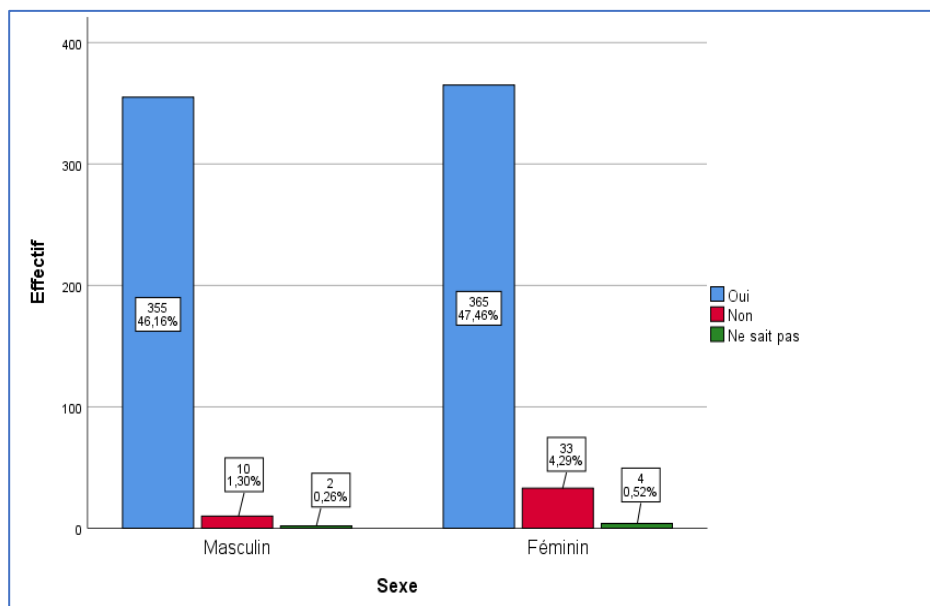
## **CHAPITRE III : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU WASH CHEZ LES POPULATIONS DES ZONES ENDEMIQUES DE LA DRACUNCULOSE**

Après les deux premiers chapitres qui ont permis de comprendre les raisons de la réémergence de dracunculose au Tchad suivies des ripostes institutionnelles, ce chapitre grâce aux données de terrain, appréhende les connaissances reçues sur la maladie du ver de Guinée, les différents canaux connus en milieu rural. L'analyse s'intéresse aussi aux stratégies de la communication pour le changement de comportement mené au cours des interventions.

### **III.1. Connaissances reçues sur la maladie du ver de Guinée**

La maladie du ver de Guinée est reconnue comme « problème social national » et d'importantes structures institutionnelles se développent autour d'elle (Pablo & Kremer 2008 : 62). D'importantes campagnes de traitement des mares, d'enterrement des boyaux de poissons, l'utilisation des filtres à eau constituent les principales actions mises en œuvre. Des agents de terrain sont mobilisés et déployés dans les villages endémiques pour la sensibilisation. Celle-ci s'appuie sur les messages conçus par la coordination nationale. Les enquêtes de terrain montrent que la connaissance de la dracunculose par les communautés rurales varie d'un village à un autre mais également de la présence permanente des agents de terrain voire la qualité de la sensibilisation à l'attention des communautés cibles. A partir des données du terrain, la présente partie essaie d'appréhender la connaissance de la maladie du ver de Guinée par les communautés rurales, leurs attitudes motivant les comportements vis-à-vis des mesures à respecter, des pratiques préventives et de prise en charge des populations. Les pratiques adéquates ou non d'une population sont, d'après Essi & Njoya (2013), la résultante des attitudes correctes ou erronées, issues du niveau de connaissance sur le phénomène étudié. Les histogrammes issus des données de terrain ci-dessous illustrent ces propos portant sur la connaissance du ver de Guinée.

**Histogramme n° 2 : Distribution des enquêtés ayant entendu parler du ver de Guinée selon le sexe en %.**



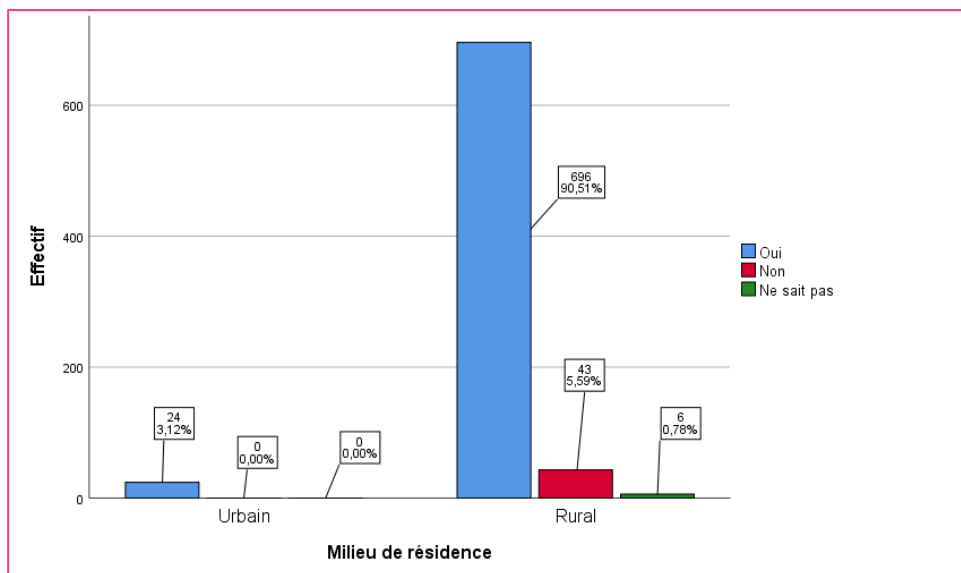
D'après les statistiques ci-dessus, 47,46 % de femmes et 46,16% d'hommes interrogés ont simultanément déclaré avoir entendu parler du ver de Guinée. Par contre, 4,29 % des femmes et 1,30% d'hommes ont laissé comprendre n'avoir pas entendu parler de la maladie du ver de Guinée. Plusieurs raisons peuvent expliquer la connaissance du ver de Guinée. D'abord il faut souligner qu'en dehors des informations fournies par les volontaires (ASV) sur les connaissances de la dracunculose aux communautés des zones endémiques grâce aux canaux formels, les femmes ont d'autres possibilités contrairement aux hommes de relayer les mêmes informations les unes après les autres à travers plusieurs rencontres informelles dans des lieux différents notamment autour de sources d'eau, repas collectifs, visites familiales, funérailles, tontines, vannage du mil, etc. La multiplication des réseaux par les femmes a facilité la connaissance du ver de Guinée. Ensuite, pour les enquêtés qui ont déclaré n'avoir pas entendu parler du ver de Guinée c'est à cause de certaines zones inaccessibles par les agents de terrain mais également les villages qui ne sont pas sous surveillance active du programme. D'après le témoignage de Tchindébet Ouakou, Coordonnateur national du programme :

*Moi, je sors souvent faire la supervision, mais le niveau de la connaissance de la population est très bas. Je vous dis en matière d'examen. Je suis parti en supervision, ils m'ont trouvé dans le village, on vient d'avoir une nouvelle infection c'est à Moulkou. Le type, il ne connaissait pas les signes et symptômes de la maladie mais son chien faisait le ver. Il ne connaissait pas, maintenant y'a*



*un de ses parents qui a quitté le village endémique, il est venu lui rendre visite, ton chien là c'est le ver de Guinée.* ( Entretien réalisé en janvier 2020 à N'Djamena).

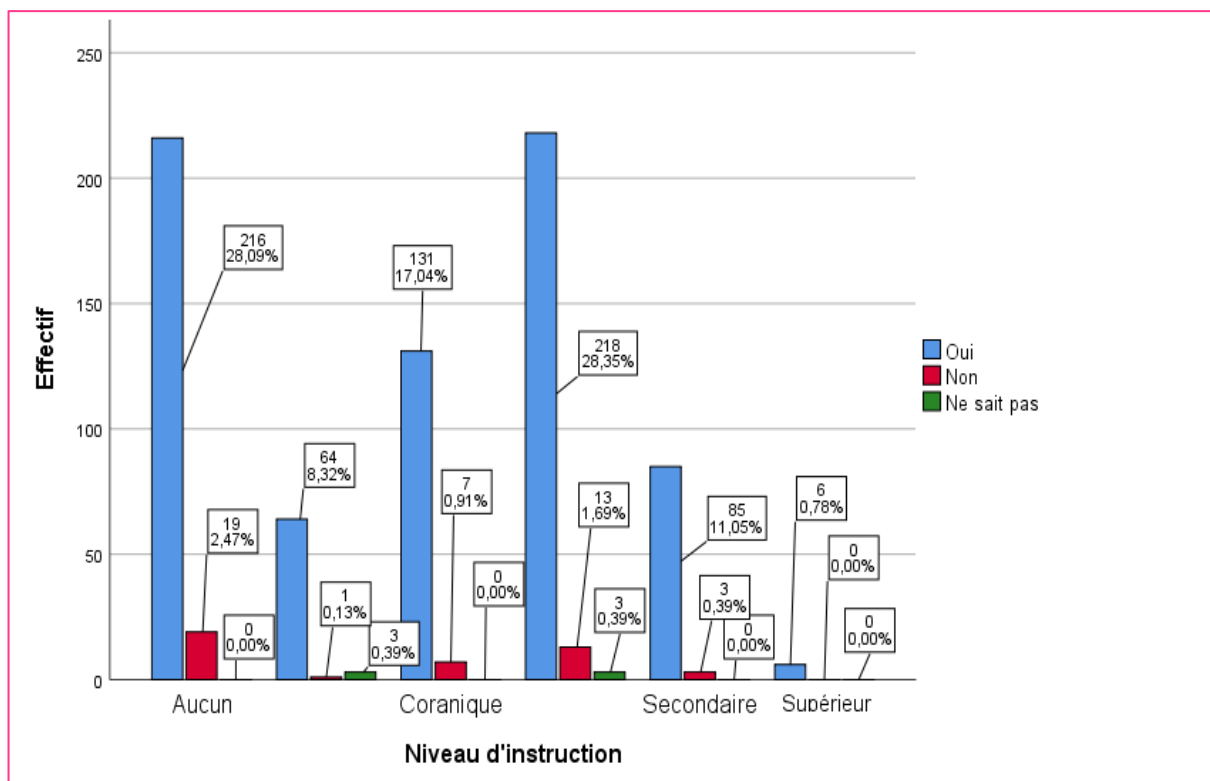
**Histogramme n° 3 : Distribution des enquêtés ayant entendu parler du ver de Guinée selon le milieu de résidence en %.**



Il se dégage de l'histogramme n° 3 ci-dessus que la majorité des personnes interrogées dans les quatre (4/8) délégations sanitaires endémiques de dracunculose selon leur milieu de résidence affirme avoir entendu parler de la maladie du ver de Guinée. Ceci prouve à suffisance que l'information sur la connaissance du ver de Guinée relayée à travers plusieurs canaux a atteint une grande partie des populations. Cependant, le taux des personnes résidant en milieu rural est élevé (90,51%) contrairement au taux de ceux vivant en milieu urbain (3,12 %). Cette différence s'explique par le fait que les campagnes de sensibilisation ont été beaucoup plus orientées vers les zones rurales compte tenu de la particularité du ver de Guinée qui se développe uniquement dans les zones rurales où l'eau potable n'existe pas. Il apparaît sur ce même histogramme un petit nombre (0,78%) des enquêtés résidant en milieu rural qui ont déclaré n'avoir pas entendu parler du ver de Guinée. Cette particularité observée en milieu rural est due au manque d'agents de sensibilisation dans certains endroits. A la suite des données présentées ci-haut, il est à retenir globalement que dans les villages endémiques où l'enquête a été réalisée, l'information sur le ver de Guinée a été suivie par un grand nombre grâce à la mobilisation de divers canaux d'information. A ce sujet, Renaud & Rico (2007 : 32) ont conjointement souligné que :

*La communication pour la santé s'exerce dans des contextes multiples : relation patient-prestataire de services ; recherche d'informations sur la santé par un individu ou un groupe ; adhésion d'un individu ou d'un groupe à un traitement ou à des recommandations spécifiques ; élaboration de campagnes de sensibilisation destinées au grand public ; conscientisation aux risques pour la santé associés à des pratiques ou à des comportements spécifiques ; diffusion dans la population d'une certaine représentation de la santé ; diffusion de l'information relative à l'accessibilité aux soins de santé ; communication auprès des décideurs afin qu'ils modifient l'environnement , etc.*

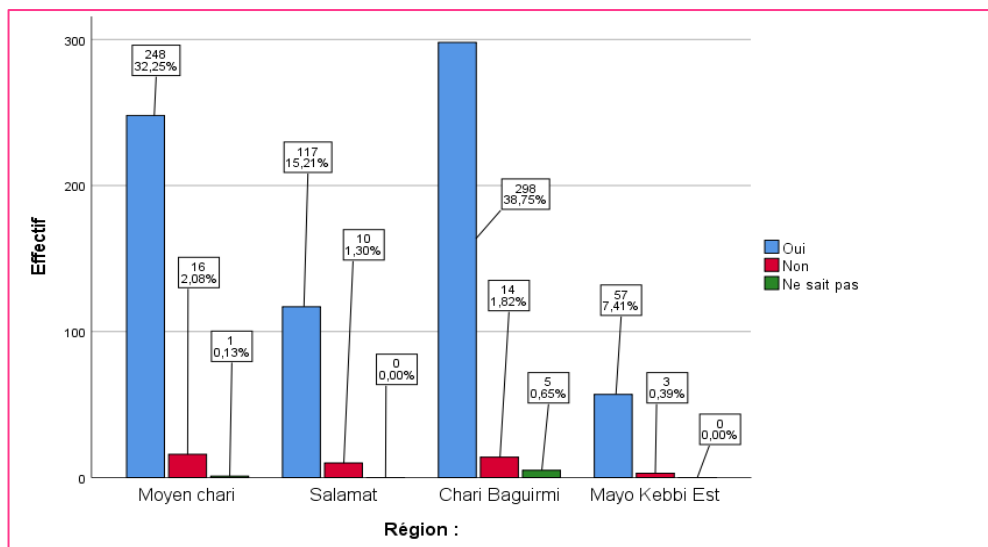
**Histogramme n° 4 : Distribution des enquêtés ayant entendu parler du ver de Guinée selon le niveau d'instruction en %.**



L'observation attentive de l'histogramme n° 4 ci-dessus laisse entrevoir les types d'enquêtés ayant entendu parler du ver de Guinée selon leur niveau d'instruction. En effet, 28,35% des enquêtés du niveau primaire ont déclaré avoir entendu parler du ver de Guinée contre 1,69% de ceux de même niveau d'instruction mais qui n'ont pas reçu l'information. Des enquêtés (28,09%) qui n'ont aucun niveau d'instruction ont déclaré avoir entendu parler du ver de Guinée contre 2,47% de ceux du même niveau mais sous informés. Ensuite, 17,04% des enquêtés ayant passé par l'école coranique ont souligné avoir entendu parler du ver de Guinée contre 0,91% de ceux du même niveau scolaire. Toujours sur cet histogramme, il est observé 11,05% des enquêtés issus du niveau secondaire qui ont précisé avoir reçu

l'information sur la dracunculose contre 0,39 % de ceux n'ayant pas reçu l'information. 0,78% des enquêtés issus du niveau supérieur ont déclaré avoir entendu parler du ver de Guinée. Enfin, 0,39 % des enquêtés ayant le niveau primaire et ceux alphabétisés ont simultanément déclaré qu'ils ne savent pas s'ils ont reçu l'information sur le ver de Guinée. A la suite de cette description, il est à retenir globalement que le niveau d'instruction des enquêtés a joué un rôle important concernant l'information reçue sur la dracunculose car, la majorité des enquêtés ont un niveau scolaire acceptable qui leur a permis de mieux disposer des informations sur le ver de Guinée. Mais ceux n'ayant aucun niveau mais qui ont entendu parlé du ver de Guinée se sont beaucoup plus focalisés sur les affiches et autres canaux de sensibilisation (ASV, théâtres...), utilisés pour connaître la maladie du ver de Guinée.

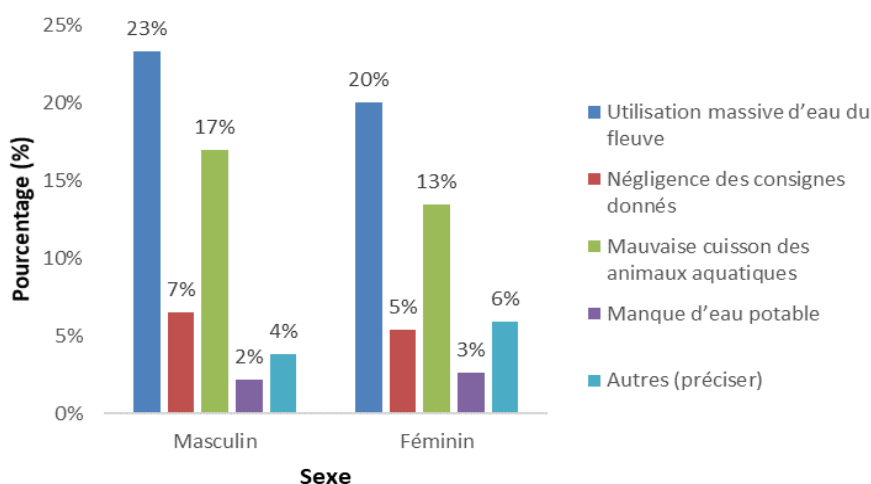
**Histogramme n° 5 : Distribution des enquêtés ayant entendu parler du ver de Guinée selon la région en %.**



Il se dégage de l'histogramme n° 5 ci-haut que l'information sur le ver de Guinée a été entendue par les personnes enquêtées dans toutes les quatre (4) délégations sanitaires endémiques. Parmi les délégations sanitaires endémiques sillonnées, le Chari-Baguirmi occupe la première position avec 38,75% des enquêtés qui ont déclaré avoir entendu parler du ver de Guinée contre 1,82%. Dans la délégation sanitaire du Moyen-Chari, 32,25 % ont dit avoir entendu parlé du ver de Guinée contre 0,13% des personnes n'ayant pas entendu parler du ver de Guinée. Dans le Salamat, 15, 21% des enquêtés ont fait savoir qu'ils ont entendu parler du ver de Guinée contre 1, 30% de ceux qui n'ont jamais entendu parler de cette maladie. Enfin, il est noté 3,39% des enquêtés dans la délégation sanitaire du Mayo kebbi Est qui ont véritablement eu l'information sur le ver de Guinée contre 0,39 % qui ne l'ont pas. La confirmation de l'information reçue par les enquêtés sur le ver de Guinée dans les délégations

parcourus témoigne la présence du programme national d'éradication de ver de Guinée dans les zones d'intervention. Toujours dans les mêmes délégations sanitaires endémiques, il a été observé un petit nombre (mais sociologiquement important surtout en matière de prévention des maladies) des enquêtés qui ne savaient pas ce que c'est que le ver de Guinée (0,65% dans le Chari-Baguirmi et 0,13% au Moyen Chari). Il est à retenir que malgré la présence du programme dans les délégations endémiques, force est de constater que le programme ne parvient toujours pas à couvrir l'ensemble des délégations compte tenu des insuffisances de moyens techniques, humaines et financiers. Ces difficultés plurielles réduisent considérablement les capacités du programme à agir efficacement face à la dracunculose au Tchad d'où les populations des zones non couvertes sont vulnérables face à la dracunculose car, elles n'ont pas des informations nécessaires leur permettant de prévenir la maladie du ver de Guinée.

**Histogramme n° 6 : Distribution des enquêtés en fonction de leur connaissance des principales causes du ver de Guinée selon le sexe en %.**



La lecture de l'histogramme n° 6 ci-dessus laisse entrevoir une bonne connaissance des principales causes du ver de Guinée par les enquêtés de deux sexes. Ce résultat confirme l'implication et le rôle joué par les agents de sensibilisation déployés sur le terrain. D'après les propos de Nassou Guemssou, MCD de Kyabé :

*Bon, la sensibilisation, on le fait de façon permanente au niveau des zones de la maladie endémique, nous tenons des réunions avec les chefs de villages et les leaders, nous leur expliquons amplement la nécessité d'éradiquer cette maladie, et en retour, ils vont mobiliser leurs populations et essayer de discuter sur l'intérêt d'éradiquer cette pathologie et avec le concours des ASV que nous avons, c'est presque chaque jour. (Nassou Guemssou, 37ans, entretien réalisé le 24/12/2019 à Kyabé).*

En effet, 23 % des hommes et 20% des femmes interrogés ont affirmé que l'utilisation massive d'eau du fleuve reste la principale cause de la maladie du ver de Guinée en milieu rural au Tchad. Il est à souligner au titre de rappel que, lorsqu'une personne boit de l'eau (mares) contenant des cyclopes infectés (hôtes intermédiaires de *dracunculus medinensis*), les larves du parasite sont libérées, puis migrent à travers la paroi intestinale pour aller se développer dans les tissus. Au bout d'un an environ, le ver femelle émerge, habituellement au niveau du pied du patient, et libère des milliers de larves dans l'eau, initiant ainsi un nouveau cycle. D'après l'OMS cité par Raouia, (2010), environ 2,3 milliards de personnes souffrent de maladies liées à la qualité de l'eau telles que les gastro entérites (diarrhées), le choléra, la bilharziose (schistosomiase), la dracunculose (ver de Guinée).

L'observation attentive de cet histogramme montre également qu'un nombre important (17% des hommes et 13% des femmes) des personnes enquêtées ont déclaré que la mauvaise cuisson des animaux aquatiques notamment le poisson, grenouille, etc., constitue l'une des principales causes de la dracunculose. Selon les études de Robbie *et al.*, (2018) les infections animales sont causées par la consommation soit de l'eau infectée, soit d'un hôte parénétiq ue comme poisson ou tout autre animal aquatique mal cuit. Les grandes activités de pêche ainsi que les méthodes de traitement des poissons (nettoyage, séchage...) laissent d'énormes quantités d'entrailles de poisson contenant des larves du ver de Guinée dont les chiens se nourrissent ainsi que les poissons mal cuits. Tous ces canaux sont des moyens par lesquels les chiens et chats attrapent le ver de Guinée au Tchad. Il est à préciser que le ver de Guinée peut être transmis des animaux à l'homme, et vice versa. La négligence des consignes comme source des causes du ver de Guinée a été également soulignée par les enquêtés dont 7% des hommes et 5% des femmes. 3 % des femmes et 2 % des hommes ont précisé que le manque d'eau potable est un facteur favorisant le ver de Guinée dans leur localité. Enfin, 6% des femmes et 4% des hommes ont déclaré simultanément que les véritables causes de la maladie du ver de Guinée résident ailleurs en dehors de celles énumérées. Globalement, les populations des zones endémiques interrogées ont une large connaissance des principales causes du ver de Guinée. Ce qui constitue un atout dans le processus de lutte contre le ver de Guinée. Comme le relate Koutou Suzanne, RCS de Yalnas / Sarh :

*J'ai eu à constater que presque toute la population connaît ce qu'on appelle ver de Guinée soit en patois, en français quand tu trouves quelqu'un qui est là, il peut t'expliquer d'où vient le ver de guinée, il va te dire que c'est en consommant soit des poissons mal cuits ou soit en consommant l'eau de marigot, là ils connaissent. (Koutou Suzanne 54 ans, entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh)*

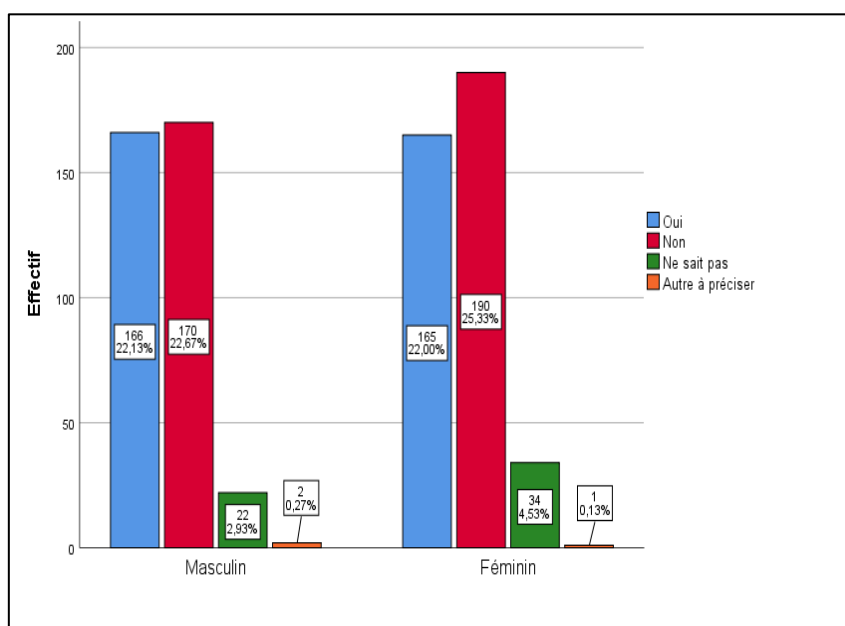
Il est observé une contradiction notoire dans la lutte engagée depuis plusieurs décennies. Si les communautés des zones endémiques connaissent les causes du ver de Guinée, qu'est-ce qui peut bien expliquer la recrudescence du ver de Guinée observée dans plusieurs villages endémiques ? Les analyses sociologiques suivantes permettront véritablement de déceler les facteurs endogènes et exogènes qui limitent l'éradication de la dracunculose en milieu rural tchadien.

### III.2. Pratiques du WASH ( eau, hygiène et assainissement) dans les communautés endémiques du ver de Guinée

Accroître les services durables d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) est un élément central de la prévention, de la lutte et de l'élimination de la dracunculose en milieu rural. En tant que maladies de la pauvreté, de nombreuses MTN affectent des endroits ayant un accès insuffisant à l'eau et à l'assainissement, et où les pratiques d'hygiène, l'infrastructure du ménage et les services de santé sont limités (Ogden et al., 2013 ).

En effet, les pratiques du WASH par les populations rurales demeurent un véritable problème dans les communautés endémiques du ver de Guinée à cause du manque d'eau potable. Cette partie du travail consacrée à la pratique du WASH permet de cerner les goulots d'étranglement qui favorisent les pratiques non encouragées des populations rurales.

**Histogramme n° 7 : Répartition des enquêtés ayant bénéficié des séances éducatives sur les bonnes pratiques du WASH selon le sexe en %**



D'après les données ci-dessus, les bonnes pratiques liées à l'eau, hygiène et l'assainissement ne sont pas pratiquées dans les zones endémiques de dracunculose. Les statistiques indiquent clairement que 25,33 % des femmes et 22,67 % des hommes ont souligné n'avoir pas reçu les bonnes pratiques relatives au WASH. Ce manque peut être expliqué par le fait que les communautés rurales n'ont pas reçu une formation relative au WASH pouvant leur permettre de lutter contre les maladies hydriques. La sensibilisation contre le ver de Guinée est faite par des agents n'ayant pas un niveau requis pour aborder certains aspects jugés complexes qui nécessitent l'intervention des personnes qualifiées.

### **III.2.1. Les pratiques liées à l'eau**

L'accès à l'eau potable et à l'assainissement est à l'ordre du jour de plusieurs rencontres internationales depuis 1992. D'ailleurs le 22 mars a été décrété « Journée mondiale de l'eau » sur toute la planète. En Afrique, la Banque Africaine de Développement (BAD) se mobilise sur cette question notamment par ses initiatives pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement en milieu rural (Ofouémé 2010). Malgré ça, plus de deux milliards de personnes dans le monde vivent dans des pays à fort « stress hydrique », et 22 pays sont actuellement dans une situation de stress hydrique grave. On estime que quatre milliards de personnes souffrent d'un « stress hydrique » important au moins un mois par an. La demande en eau ne va cesser d'augmenter, et selon des estimations, d'ici à 2030, près de la moitié de la population vivra dans des zones à fort « stress hydrique », entraînant ainsi des déplacements de population (BIT 2019 ). Au Tchad, en dépit des textes et lois liés à l'eau adoptés pour permettre aux populations d'accéder à l'eau potable, il est observé des difficultés d'accès à l'eau potable dans les zones rurales. Alors que la lutte contre la dracunculose consiste à promouvoir la consommation d'eau salubre, les communautés vivant dans les zones rurales tchadiennes n'ont pas accès à cet « or bleu ».

Dans toutes les communautés endémiques du ver de Guinée, l'accès à l'eau potable est loin d'être une réalité. Ces problèmes liés à l'eau ont été observés dans plusieurs villages notamment Bogam, Dangalakanyan, Djoballa, il est observé l'absence des points d'eau potable. D'après les témoignages reçus : « *Les gens n'ont pas d'eau potable ils sont habitués à boire l'eau de mare là seulement et l'eau de mare là partout les animaux et Hommes utilisent pour se laver et autres besoins quotidiens c'est pour cela que le ver de Guinée n'est pas éliminé* ». Le Tchad se trouve confronté à une crise de l'eau potable en milieu rural. Le manque d'eau potable dans les zones endémiques du ver de Guinée et autres vulnérabilités

socio environnementales limitent considérablement la capacité des communautés rurales à adhérer aux bonnes pratiques vulgarisées par les agents de terrain contre le ver de Guinée.

D'après Nguénamadje Alexis : « *Quelqu'un prend directement l'eau de mare, alors que cette même source d'eau est consommée par les animaux sauvages, est consommée par les animaux domestiques comme le chat et chien, c'est ça, donc la contamination est très élevée* ». Dans un rapport portant sur l'eau et amélioration des moyens de subsistance en milieu rural, le Bureau International du Travail (BIT 2019 : 5) précise que :

*L'approvisionnement en eau et l'assainissement posent souvent plus de problèmes dans les zones rurales, en raison d'un environnement fragile et de conditions économiques plutôt médiocres. La majorité des personnes qui n'ont accès ni à des sources d'eau potable non améliorées ni à des systèmes d'assainissement sûrs habitent en milieu rural : en Afrique subsaharienne par exemple, 10 pour cent de la population consomment une eau de surface non traitée, tandis que 20 pour cent de la population rurale manquent de systèmes d'assainissement sûrs. En milieu rural, les services publics d'approvisionnement en eau et d'assainissement, de même que les infrastructures hydriques telles que les points de collecte de l'eau, les fosses d'aisance et les fosses septiques, sont souvent mal entretenus et en mauvais état. A cela s'ajoute le fait que les sources en eau naturelles telles que les puits, les pompes et les rivières, souvent contaminées, offrent un approvisionnement en eau peu fiable. Les technologies liées à l'eau étant souvent conçues pour les milieux urbains, elles ne tiennent pas forcément compte des spécificités des zones rurales en termes d'efficacité énergétique, d'utilisation des systèmes de traitement naturel et de pertinence culturelle.*



**Photo n° 18 : Mares d'eau consommée dans les villages endémiques / Bogam**



**Source : Enquête de terrain, 2019**

Les photos ci-dessus illustrent le calvaire des populations vivant dans les villages endémiques du ver de Guinée en matière d'accès aux sources d'eau potable. N'ayant aucune autre possibilité, les communautés rurales font quotidiennement recours aux mares pour vivre. L'observation directe a permis de comprendre qu'il faut parcourir une trentaine de minutes avant d'atteindre le point. Ces sources d'eau non potable sont utilisées par les populations rurales sans aucune mesure hygiénique.

### **III.2.2. Les pratiques liées à l'hygiène**

L'hygiène désigne l'ensemble des mesures, pratiques et comportements, visant à réduire les infections et l'apparition de maladies infectieuses (Programme Solidarité Eau 2013). D'après l'OMS (2017), l'hygiène comporte de multiples facettes et peut inclure de nombreux comportements, y compris le lavage des mains, l'hygiène menstruelle et l'hygiène alimentaire.

A la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle et surtout au XIX<sup>e</sup> siècle ceux qui étaient chargés de faire respecter les mesures d'hygiène appartenaient du « *contrôle des étals et des bouchers, de la surveillance des voyageurs suspectés d'apporter une contagion, de l'isolement des infectés en cas de contamination avérée* » (Bercé 1984 : 76 cité par Bonet et Jaffré 2003). Dans ce cas, la notion d'hygiène est étroitement associée aux comportements de lutte contre la contagion par les « *prévôts de la santé* » et à la capacité de l'Etat à faire face aux épidémies. Les mesures d'hygiène se sont donc mises en place par des procédés dirigistes, et par la médiation des médecins hygiénistes et des médecins de famille ( Bonet & Jaffré 2003).

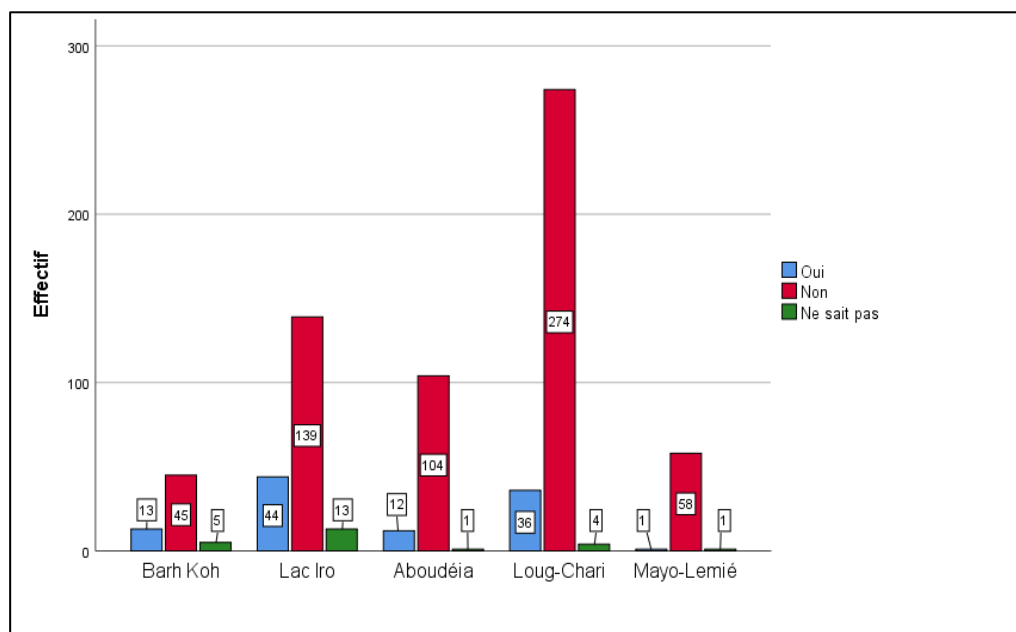
En Afrique, c'est à travers la médecine coloniale que le discours hygiénique fait son entrée. Il est relayé, aujourd'hui par les services d'éducation sanitaire qui ont leurs propres codes de propreté.

Dans les zones où sévit le ver de Guinée, la notion d'hygiène est méconnue par les populations à cause de leurs conditions socioéconomiques déplorables. N'ayant pas de ressources suffisantes pour assurer leurs besoins élémentaires, les communautés vivant dans les villages endémiques ont du mal à respecter les règles d'hygiène permettant d'éviter les maladies. Des ménages affirment n'avoir reçu aucune formation voire orientation sur les pratiques d'hygiène en milieu rural en dehors de quelques notions vulgarisées dans les centres santé. Le lavage des mains avec du savon, le traitement des eaux, l'entretien et le nettoyage des cours sont loin d'être une réalité dans les zones parcourues car, ce qui préoccupe les communautés rurales c'est de trouver leurs repas quotidiens afin d'espérer vivre.

Au sujet du paradoxe observé qui consiste à demander aux communautés de boire l'eau potable recommandée par le PNEVG alors qu'il n'y a pas des sources d'eau potable dans les zones endémiques, Bonnet & Jaffré ( 2003) soulignent conjointement dans une situation similaire que, à quoi sert de demander aux mères d'apprendre à leurs enfants à se laver les mains au savon avant chaque repas, lorsqu'elles doivent parcourir cinq kilomètres pour atteindre le point d'eau le plus proche ? Quel sens doit-on donner à l'éducation sanitaire lorsqu'il s'agit d'éduquer sans changer les conditions de vie ? Alors que la santé publique a pour principale vocation de mettre les conditions de vie et les facteurs de cause de maladies pour instaurer des mesures de prévention, en Afrique, elle n'intervient que sur les changements de comportements, faute de modifier les conditions de vie. Cette lapalissade sociologique semble pourtant n'être pas perçue en ces termes par nombre d'éducateurs

sanitaires qui attribuent l'échec de certains projets de développement aux mentalités « traditionnelles » réfractaires au changement social.

### Histogramme n° 8 : Répartition des enquêtés selon l'existence d'un dispositif de lavage des mains par département



L'observation attentive de l'histogramme ci-dessus permet de comprendre effectivement que le lavage des mains avec du savon n'est pas à l'ordre du jour dans les zones endémiques du ver de Guinée. Dans tous les départements parcourus à savoir, Barh koh, Lac iro, Aboudéïa, Loug-chari et Mayo-Lémié, il n'existe aucune dispositif de lavage des mains dans les ménages. D'après les statistiques ci-haut, 274 enquêtés dans le département du Loug-chari, délégation sanitaire du Chari-Baguirmi ont affirmé qu'ils n'ont pas un dispositif de lavage des mains, 139 personnes interrogées dans le département du Barh koh, délégation sanitaire du Moyen-chari ont déclaré qu'elles n'ont également pas un dispositif de lavage des mains, 104 dans le département d'Aboudéïa, 58 dans le Mayo-Lémié et 45 dans le département du Barh koh ont simultanément confirmé l'absence des dispositifs de lavage des mains.

L'absence des dispositifs de lavage des mains avec du savon observée dans tous les départements endémiques du ver de Guinée, est due à la non prise en compte sinon la négligence de cet aspect par les agents de terrain dans les sensibilisations contre le ver de Guinée. Elle peut être expliquée également par la pauvreté à laquelle font face les

communautés rurales. La mise en œuvre d'une démarche de sensibilisation à l'hygiène et de promotion de l'assainissement nécessite d'associer un certain nombre d'acteurs clés du secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, mais également du secteur de la santé et de l'éducation. Il convient de définir clairement les rôles et les responsabilités de chaque partie prenante afin de faciliter la concertation entre des acteurs qui ont des degrés de maîtrise différents des questions d'hygiène et d'assainissement, et de garantir l'efficacité et la cohérence de la démarche (Programme Solidarité Eau 2013).

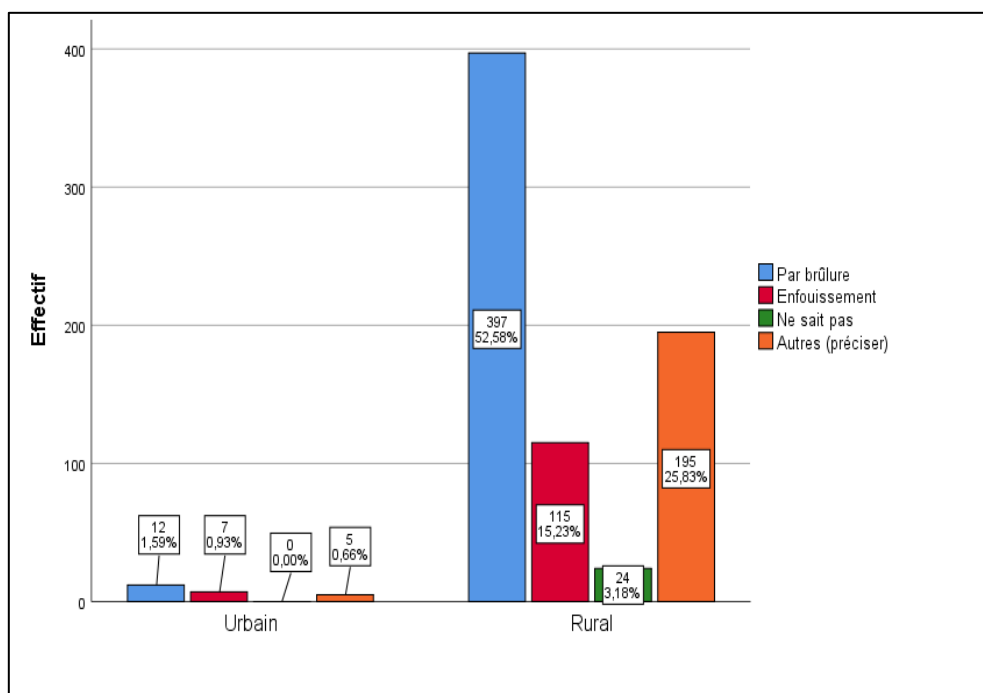
### **III.2.3. Les pratiques liées à l'assainissement**

L'assainissement est une démarche visant à améliorer la situation sanitaire globale de l'environnement en supprimant toute cause d'insalubrité. Il est composé de différentes phases allant de la collecte à l'évacuation des déchets solides et liquides, en passant par leur traitement. C'est une question de santé publique puisqu'un grand nombre de maladies se développent en milieu insalubre. Il désigne à l'origine l'ensemble des techniques visant à traiter les eaux usées mais à présent, il comprend également le traitement des déchets solides dont la décomposition peut être source de maladies. Les matières qui subissent un assainissement ont des origines diverses. Elles comprennent les eaux pluviales, les eaux usées domestiques, les excréta et les ordures ménagères. Il a été observé dans les villages endémiques des pratiques non encouragées notamment la défécation à l'aire libre, non traitement des eaux de consommation, mauvaise manipulation de l'eau par les femmes de la source jusqu'aux ménages, l'absence d'entretien des jarres et autres récipients de stockage, des jarres non couvertes ont été observées dans les villages tels que : Nguerbéti, Matabono. Les déchets ménagers sont parfois brûlés ou jetés dans les poubelles. En effet, dans le monde, 80 % des maladies sont attribués au manque d'eau salubre et à l'inadaptation des systèmes d'assainissement.

Les maladies dues à l'eau de boisson polluée tuent 3,1 millions de personnes par an dont 90 % d'enfants de moins de cinq ans (Ofouémé 2010). Selon le rapport de la Banque mondiale, moins d'un enfant sur deux a accès à l'eau potable, seul un enfant sur 10 a accès à un assainissement élémentaire et seul un enfant sur 17 se lave les mains avec de l'eau et du savon (BM :2019). Pourtant, l'accès à des services d'assainissement améliorés peut considérablement contribuer à la réduction des risques pour la santé. Il est possible d'obtenir de bénéfices supplémentaires en matière de santé grâce au traitement amélioré des eaux usées. Si 2,1 milliards de personnes ont obtenu un accès à des installations d'assainissement améliorées depuis 1990, 2,4 milliards n'y ont pas encore accès, et presque 1 milliard de

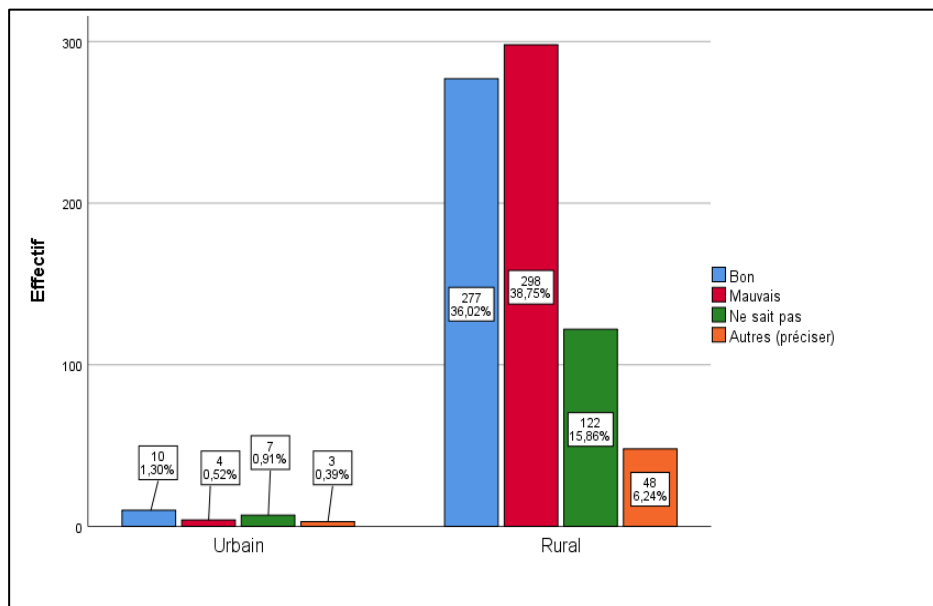
personnes dans le monde pratiquent encore la défécation en plein air. Sur la base de l'expérience des OMD, l'Agenda 2030 pour le développement durable a un objectif plus global pour l'eau, qui dépasse les questions de l'approvisionnement en eau et l'assainissement. La cible 6.3 des ODD déclare : D'ici à 2030, améliorer la qualité de l'eau en réduisant la pollution, en éliminant les déchets et en réduisant au minimum les émissions de produits chimiques et de matières dangereuses, en diminuant de moitié la proportion d'eaux usées non traitées et en augmentant considérablement à l'échelle mondiale le recyclage et la réutilisation sans danger de l'eau ( UNESCO 2017 : 2 ).

### Histogramme n° 9 : Répartition des enquêtés selon les modes d'élimination des déchets par milieu de résidence en %



A défaut de l'existence d'un comité de gestion chargé d'assainir les zones endémiques du ver de Guinée, quelques menages gèrent de manière individuelle les ordures ménagères, l'entretien des cours et autres lieux publics tels que l'église. Deux stratégies ont été utilisées par les communautés rurales dans la gestion des ordures ménagères. Après avoir nettoyé la cour, entachée les saletés dans les poubelles, ils procèdent à la brûlure ou l'enfouissement faute d'un service chargé de collecter les ordures. D'après les données ci-haut, 52,58 % ont affirmé avoir brûlé les ordures ménagères et 15,23 % ont déclaré avoir enterré les ordures ménagères.

**Histogramme n° 10 : Appréciation du niveau d'assainissement par les enquêtés selon le milieu de résidence en %**



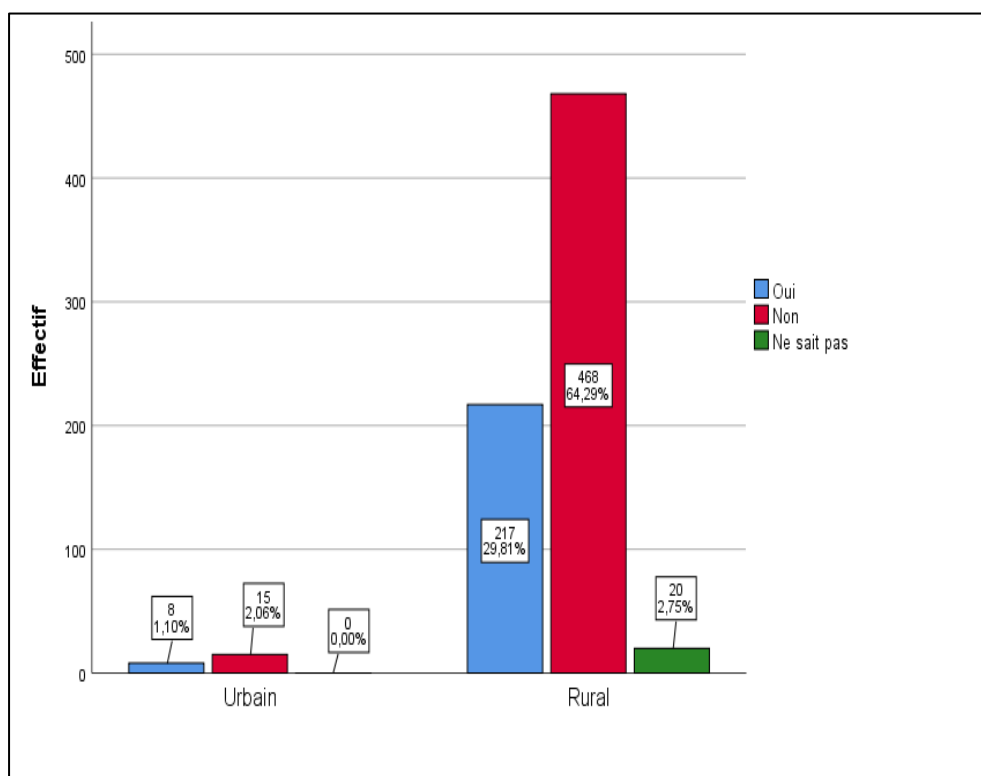
L'histogramme ci-dessus montre clairement qu'en dépit des engagements de quelques ménages communautaires pour rendre l'environnement propre à travers des actions individuelles, les enquêtés ont diversement apprécié le niveau de salubrité de leurs localités. Selon les données présentées ci-haut, 38,75 % des enquêtés ont souligné que l'assainissement dans leurs communautés est loin d'être une réalité car, n'ayant pas un comité de gestion sinon d'orientation, quelques appuis des ménages n'ont pas un impact sur l'environnement. Il est à préciser que 36,02 % des enquêtés habitant le milieu rural ont confirmé que leur environnement est bien propre contrairement à ce que les autres ont pensé.

### III. 3. Messages clés reçus sur la maladie et le WASH

La santé est un facteur clé du progrès social et économique. Pour sensibiliser les populations sur les risques liés à la maladie du ver de Guinée, le programme mène des campagnes de promotions de l'hygiène couplées avec d'autres activités en vue d'améliorer les conditions de santé générales de communautés vulnérables. Des messages ( causes du ver de Guinée, mode de transmission, système de récompense, conséquences du ver de Guinée, utilisation des filtres à eau ) sont confectionnés et traduits en plusieurs langues adaptés aux réalités locales, des boîtes à images affichées dans des hôpitaux et centre de santé, sur les troncs d'arbres aux villages. Les messages clés selon le CICR (2007), « constituent la base indispensable de toute campagne de communication ». Une stratégie similaire a été utilisée par European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC : 2020) pour soutenir les activités

de communication au niveau national sur l'utilisation des antibiotiques à l'intention des professionnels de santé dans les hôpitaux et les autres environnements de soin. En effet, pour permettre aux professionnels de santé de maîtriser l'utilisation des produits, l'ECDC a produit plusieurs kits de communication contenant des modèles de documents et des messages clés fondés sur des données probantes, qui pourront être adaptés pour une utilisation au niveau national. Parmi les agents chargés de transmettre le message du ver de Guinée en milieu rural au Tchad, les agents de santé villageois sont en première ligne de compte tenu de leurs appartenances aux zones endémiques mais également leurs facilités à collaborer avec les ménages. Dans une lutte similaire, Franklin Asiedu-Bekoe, (2015) directeur du PEVG au Ghana reconnaît l'effort des agents de santé communautaire, il a souligné que : « *L'éradication de la dracunculose n'aurait pas été possible sans les volontaires de santé communautaire qui ont parcouru les quatre coins du pays pour identifier et rapporter les cas. C'est grâce à ces activités de terrain que nous avons vaincu la maladie* ». Il est à retenir que les messages sur la dracunculose sont reçus et mis en application par les communautés selon la qualité de la sensibilisation mais aussi la disponibilité des agents de terrain. Les histogrammes ci-dessous renseignent mieux sur ces propos.

### **Histogramme n° 11 : Répartition des enquêtés selon les « pratiques en courageantes » du WASH selon le milieu rural en %**



En observant attentivement l'histogramme ci-dessus, les « pratiques acceptées » liées à l'eau, hygiène et assainissement sont méconnues par les enquêtés habitant le milieu rural. N'ayant bénéficié d'aucune formation pouvant leur permettre d'éviter d'être atteints par les maladies hydriques, les ménages des zones rurales sont exposés à toutes les intempéries. D'après les données ci-haut, 64,29% des enquêtés résident en milieu rural ont confirmé qu'ils n'ont reçu aucune formation en lien avec les bonnes pratiques d'eau, d'hygiène et d'assainissement. Le manque de formation à l'endroit des ménages des zones endémiques du ver de Guinée ralentit davantage le processus d'éradication de la dracunculose au Tchad. Pourtant, l'accès à l'eau potable de qualité et en quantité suffisante est indispensable pour une bonne hygiène. Selon l'OMS (2013 :7) : « *La lutte contre, voire l'élimination de, cinq des MTN pouvant être traitées au moyen d'interventions WASH (géo-helminthiases, schistosomiase, trachome, filariose lymphatique et maladie du ver de Guinée) nécessite une amélioration de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène* ». Il est noté 29,81% seulement des enquêtés en milieu rural qui ont déclaré avoir reçu la formation sur les bonnes pratiques d'eau, d'hygiène, et d'assainissement.

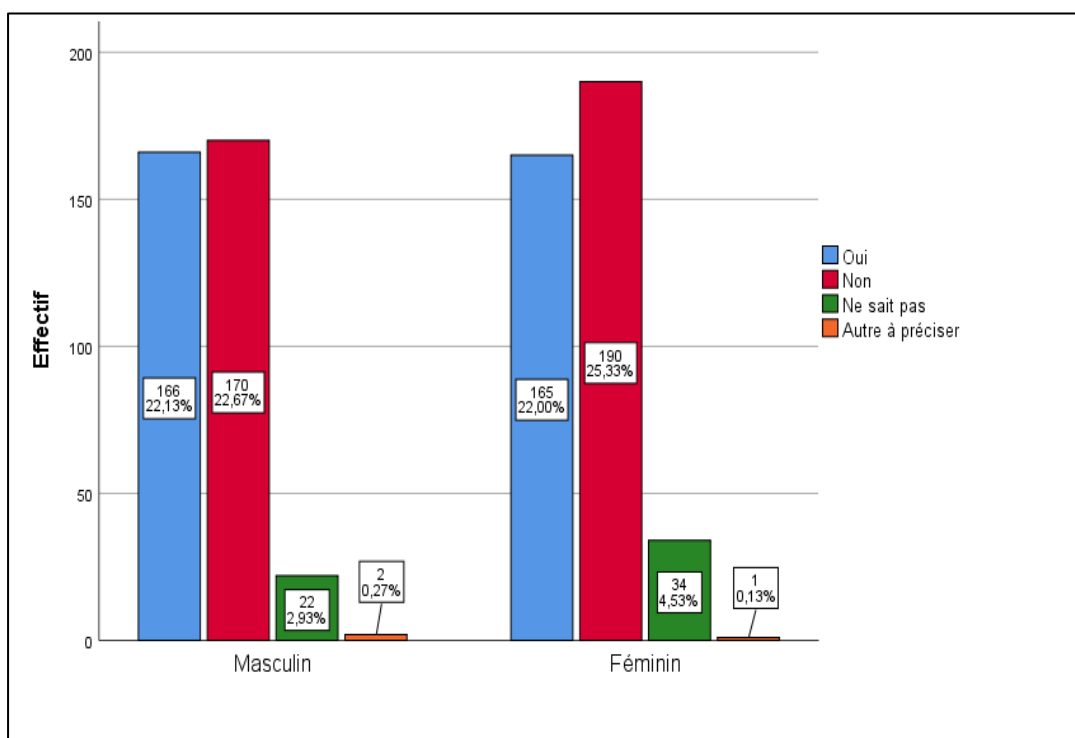
Il est à préciser que ces formations ont été organisées soit par les ONGs, soit par d'autres associations religieuses. Toujours en milieu rural, 2,75% des personnes interrogées, ont laissé entendre qu'elles n'ont aucune idée sur la formation en rapport avec l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Ceci montre que les agents déployés sur le terrain ne maîtrisent pas eux-mêmes les notions élémentaires d'eau d'hygiène et d'assainissement afin de transmettre les bonnes pratiques aux ménages. Même en milieu urbain, la connaissance des pratiques acceptées d'eau, d'hygiène et d'assainissement reste un véritable problème. Selon les données ci-dessus, 2,6% des enquêtés ont affirmé n'avoir aucune notion des pratiques valorisées liées à l'eau et l'assainissement contre 1,10%. Dans un rapport d'enquête sur les conditions WASH dans les écoles primaires publiques de N'Djamena, ATREVIRO-UNICEF (2016 : 39) constate que : « dans presque toutes les écoles primaires de Ndjamen, il manque totalement de l'hygiène autour des points d'eau. Des flaques d'eau se forment autour des points d'eau rendant souvent l'environnement autour des points d'eau très insalubre et parfois inaccessible ».

Selon les résultats de l'EDST-MICS (INSEED, 2014/2015), 56% de la population utilise une source d'eau améliorée. L'accès aux sources d'eau améliorées est d'environ 85% pour les ménages urbains contre seulement 48% pour les ménages en milieu rural. Le manque d'eau potable dans certaines régions du pays ainsi que des pratiques à risque de santé de stockage de



l'eau potable à la source, expose les populations à des maladies hydriques (choléra, l'hépatite virale E, la fièvre typhoïde...). En 2014-2015, seulement 8% des membres de ménages utilisent des toilettes améliorées qui ne sont pas partagées (28% en milieu urbain et 3% en milieu rural). L'évacuation des ordures ménagères est un sérieux problème de santé publique. La situation actuelle se caractérise par l'insuffisance d'ouvrages pour l'élimination des ordures. Il en est de même pour l'évacuation des eaux usées et pluviales. Ces conditions précaires d'hygiène du milieu et d'assainissement constituent un facteur de risque important de morbidité et de mortalité pour la population.

**Histogramme n° 12 : Répartition des enquêtés selon l'accès à une eau potable en quantité suffisante selon le sexe en%**



Il est ressorti de l'histogramme ci-haut que l'accès à l'eau potable en quantité suffisante est loin d'être une réalité en milieu rural. D'après les personnes interrogées, 25,33% des femmes et 22,67% des hommes ont simultanément affirmé qu'elles n'ont pas accès à l'eau potable en quantité suffisante pouvant leur permettre d'éviter les maladies hydriques. Quelques rares pompes à motricité humaine installées dans certains villages endémiques (Marabé 1 et 2, Moursal, Hélli bongo), Coton Tchad / Bousso, etc.) par les bonnes volontés et / ou nantis ne permettent non seulement pas de couvrir l'ensemble des besoins des populations mais font l'objet de marchandise car, les propriétaires exigent une somme aux usagers. Les ménages pauvres ne sont pas en mesure de cotiser à chaque fin de mois pour

bénéficiaire de cette eau d'où le recours à l'eau des puits ouverts. Pourtant, l'une des principales réalisations de la Décennie internationale de l'eau potable et de l'assainissement a été l'impulsion donnée à la campagne mondiale d'éradication de la dracunculose ou filariose due au ver de Guinée (OMS :1990 : 1). Quand bien même la majorité (22,13% des hommes et 22% des femmes) n'a pas accès à l'eau potable en quantité suffisante, force est de constater qu'une minorité parmi des enquêtés ont confirmé avoir accès à l'eau potable en quantité suffisante en temps voulu.

**Photo n° 19 : Pompe à motricité humaine installée au centre de santé Evangélique de Guelendeng**



**Source : Enquête de terrain, 2020**

Le forage ci-dessus, installé au sein d'un centre de santé évangélique à Guelendeng, l'une des régions endémiques du ver de Guinée est l'œuvre de l'église Assemblée Chrétienne de Guelendeng. Ce geste traduit la volonté des ONGs et associations religieuses voire locales à contribuer au processus d'éradication des maladies hydriques dans la localité. C'est ici le lieu de constater avec Müller et al (2018 : 2) que « *la religion influence la vision du monde, le mode de vie et l'engagement d'une grande part de l'humanité, ce qui en fait un puissant moteur de changement individuel et collectif* ». Toujours selon Müller (2018 :4 ) : « *depuis des siècles, les institutions religieuses contribuent concrètement à répondre aux besoins sociaux de base des individus. Sans cette contribution, bon nombre de pays en*

*développement ne seraient pas en mesure de maintenir leurs systèmes d'enseignement et de santé ».* Les entrepreneurs chrétiens par la création des hôpitaux et des centres de santé se présentent comme nouveaux acteurs du champ médical. Leurs activités font partie intégrante du système de santé en raison des services offerts. En effet, le vide laissé par les insuffisances du sous-secteur public milite en leur faveur.

Des petits centres aux hôpitaux privés chrétiens, on constate un réel investissement dans le domaine de la santé, une utilité sociale non négligeable appréciée par les bénéficiaires et aussi par les instances gouvernementales. Vide institutionnel, réglementation parfois floue insuffisance des structures de santé, telles sont les failles de l'administration sanitaire. Face à ces manquements, les centres de santé chrétiens se présentent comme complémentaires aux structures de santé dirigées par le public ( Batibonak 2018 : 275 ; 293 ; 294 ). On pourrait penser que les grandes églises chrétiennes, catholique et protestante, se trouvent en bonne position pour offrir une médecine globale intégrant le mal moderne ( De Rosny : 1992 : 42). Pour ce qui concerne le confessionnel, la publication du conseil œcuménique de l'église affirme : *« les églises jouent un rôle important dans la prestation des soins de santé dans de nombreux pays. Dans certains pays d'Afrique plus de 40% des soins de santé sont prestés par le secteur des organisations d'inspiration religieuse et cela souvent dans les zones rurales pour atteindre les communautés marginalisées »* (COE, 2010 : 6-7) cité par Batibonak (2018 : 281). D'après les propos de Tidjem Nadjeth par ailleurs, coordonnateur de l'Association pour l'autopromotion Rurale, une ONG locale logée à Guelendeng :

*Nous avons commencé à organiser, à structurer les collectivités rurales autour des groupements et autour des activités et avoir également des bases juridiques être reconnu donc les activités concernées surtout dans le domaine agricole donc on a appliqué la promotion des cultures céréales parce que ici on s'ouvre à la porte de N'Djamena et les gens ont l'habitude de brader leur produit agricole. Pendant la période de récolte et souvent la famine se vit ici donc en les aidant souvent à mieux produire mais surtout à mieux gérer donc les données techniques agricoles pour prendre un peu les itinéraires de production et on les aide également à travers quelques intrants, beaucoup de semence et un peu de petit matériel surtout on les aide à gérer, donc leurs apprendre à mieux gérer leurs récoltes à travers de petite structure de stockage qu'on a créée dans le village. Nous avons d'autres secteurs comme le secteur Hydraulique, ici il y a beaucoup des cas de maladies d'enfants surtout et nous avons essayé également d'aider à faire des forages pour offrir de l'eau potable tout au long du Chari mais également hors du Chari ou dans la plupart des cas soit il y a des puits traditionnels où les gens consomment l'eau de marre ; nous avons également fait de point d'eau potable. (Entretien réalisé le 11/12/2019 à Guelendeng).*

Sur le plan juridique et institutionnel, plusieurs textes et lois ont été adoptés par le Tchad à savoir :

- ✓ Le code de l'eau, loi N° 016/PR/99, promulguée le 18 août 1999 constitue la loi d'orientation et de gestion du secteur ;
- ✓ Le Schéma Directeur de l'Eau et de l'Assainissement (SDEA), adopté en avril 2003. Il constitue un cadre stratégique et multisectoriel d'orientation pour la mise en valeur durable et la gestion des ressources en eau du Tchad en vue de satisfaire les besoins de base des populations et d'assurer le développement économique et social du pays, dans le respect de l'environnement.
- ✓ Le Laboratoire National des Eaux (LNE) ;
- ✓ La Société Tchadienne des Eaux (STE);
- ✓ Dans la gestion des eaux transfrontalières, le Tchad est membre de la Commission du Bassin du Lac Tchad. (SDEA 2003 : 11).

La mise en œuvre de ces textes et lois pourraient permettre au Tchad de satisfaire les populations en matière d'eau potable mais, il est observé en milieu rural le manque d'eau potable. Les communautés vivant dans les zones endémiques de dracunculose ne savent pas à quoi ressemble l'eau potable. Il est à noter que des pannes et autres problèmes techniques empêchent le fonctionnement normal de quelques pompes à motricité humaine et châteaux installés dans certains villages endémiques comme l'illustre l'image ci-dessous.

**Photo n° 20 : Pompe et château tombés en panne à Liwi et Kyabé**



Source : Enquête de terrain, 2019 ; 2020

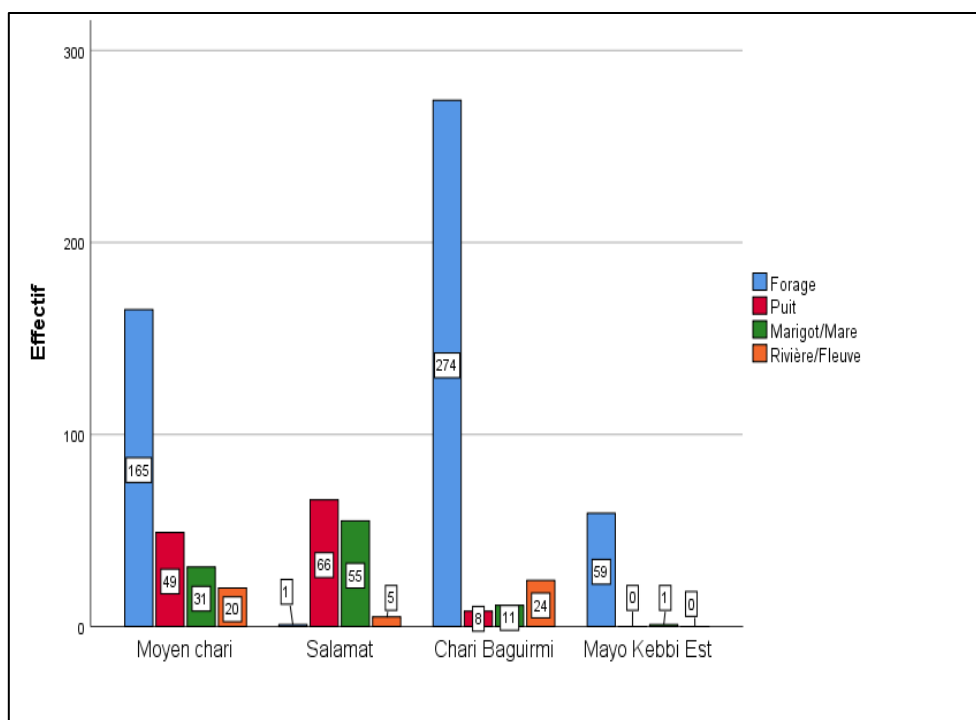
Les images ci-dessus illustrent parfaitement les difficultés d'accès à l'eau que rencontrent les populations vivantes dans les zones endémiques de dracunculose. En effet, quelques tours passés dans les villages endémiques ont permis de constater le calvaire des populations en matière d'accès à l'eau potable. Les forages et châteaux installés pour soulager les communautés rurales sont en panne laissant ainsi les populations dans la désolation totale. N'ayant aucune maîtrise de ces sources d'eau modernes, les paysans ne sont pas en mesure de faire fonctionner les forages et châteaux mis à leur disposition par les ONG et autres bonnes volontés en cas de panne. L'analyse faite par Cheik (1990 : 12 ;13) sur la gestion de la maintenance des forages motorisés au Sénégal reste toujours d'actualité lorsqu'il affirme que :

*L'une des difficultés majeures rencontrées dans la maintenance des forages réside dans la diversité des équipements en place. Ce phénomène est essentiellement lié à l'attitude des bailleurs de fonds qui financent les projets d'installation de forages. En effet, ces derniers choisissent les équipements à mettre en place en consultant les bureaux d'étude de leur choix. La conséquence d'un tel état de fait, en plus de rendre plus ardues les tâches de maintenance en raison de la diversité des équipements, est une inadéquation de ces dernières faces aux conditions d'exploitation. Pour un personnel peu qualifié et ne disposant pas de moyens suffisants d'intervention, cet état de fait conduit logiquement à des pannes fréquentes, des coûts de maintenance importants et une réduction de la durée de vie des équipements. Un autre problème crucial est l'approvisionnement en pièces détachées. L'engagement des dépenses suit une procédure administrative qui a tendance à prolonger les ruptures de stocks. Il s'y ajoute la difficulté d'acquérir des pièces de rechange sur le marché local dans la mesure où les représentants de certaines marques sont souvent en rupture de stocks.*

Mundingay (2010 :36) cité par Mbaihondoum (2016 : 96) parle de : « *l'absence de la mentalité d'entretien* » pour dénoncer le manque d'entretien des infrastructures et équipements publics de façon générale. Toujours dans cette même lancée, Ofouémé (2010 : 23) a fait un constat dans la mise en oeuvre d'un projet hydrologique au Congo brazzaville. Selon Ofouémé :

*De 1991 à 1993, un projet financé par la Coopération japonaise (JICA) a exécuté un programme de forages équipés de pompes « Vergnet » à motricité humaine trois ans après le choix des sites, 102 forages ont été installés dans les départements de la Cuvette centre, de la Cuvette Ouest, des Plateaux et 43 dans le Pool. En 1993, les ouvrages ont été remis aux bénéficiaires sans disposition sur la prise en charge des points d'eau par les utilisateurs, la formation à l'entretien et aux réparations, et sans la mise en place d'un réseau de vente de pièces de rechange à usure fréquente telles que les segments et les membranes. Aujourd'hui, la plupart des pompes installées ne sont plus fonctionnelles.*

**Histogramme n° 13 : Répartition des enquêtés selon les point d'eau régulièrement utilisés selon la Région**



L'eau est une source de vie, au même titre que l'air, l'eau est un élément primordial à la vie. L'eau est aussi le véhicule des éléments figurés du sang, ainsi que celui de certaines sécrétions (larmes, sucs digestifs). Elle est nécessaire au maintien de la température et à l'élimination des déchets solubles (urine). On ne peut s'en priver plusieurs jours. Cependant, l'accès à cet or bleu pose énormément de problèmes aux populations en milieu rural tchadien. Parmi les quatre (4) régions endémiques du ver de Guinée parcourues, les populations font recours à plusieurs sources d'eau (forages, puits traditionnels, mares, rivières, fleuves) pour satisfaire leurs besoins. Selon les personnes interrogées, le forage manuel est utilisé par un bon nombre de la population habitant les chefs lieu de canton et sous-préfectures. D'après les statistiques ci-dessus, il est noté 274 ménages dans la région du Chari-Baguirmi qui ont confirmé avoir utilisé le forage ; 165 dans le Moyen-Chari ; 59 dans le Mayo-kebbi.

L'utilisation des puits traditionnels est récurrente dans quelques ménages à savoir 66 dans la région du Salamat (Bogam et Liwi) ; 49 dans le Moyen-Chari (Dangalakanyan, Oulboye, Doguigui...) et 08 dans le Chari-Baguirmi (Matabonon, Nguerbéti). Ceci s'explique par l'absence ou l'insuffisance de forage dans ces zones endémiques. Pourtant, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement est à l'ordre du jour de plusieurs rencontres internationales depuis 1992. D'ailleurs le 22 mars a été décrété « Journée mondiale de l'eau » sur toute la

planète. En Afrique, la Banque Africaine de Développement (BAD) se mobilise sur cette question notamment par ses initiatives pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement en milieu rural (Ofouémé 2010 : 1). Dans un rapport portant sur le « Nettoyage et réhabilitation des puits », l'OMS (2013 :1) confirme que : « *l'eau provenant des puits est souvent de qualité médiocre, principalement à cause d'une mauvaise construction de l'aménagement de surface du puits, mais également en raison des pratiques peu hygiéniques de collecte d'eau* ». L'utilisation des puits traditionnels par les ménages pour répondre aux besoins quotidiens les expose davantage aux maladies hydriques car, l'eau est non seulement pas potable mais mal entretenue par les usagers pendant sa manipulation. L'image ci-dessous illustre les conditions dans lesquelles les populations gèrent l'eau des puits traditionnels dans les zones endémiques du ver de Guinée.

**Photo n° 21 : Rencontre autour d'un puit traditionnel à Matabonon / Bousso**



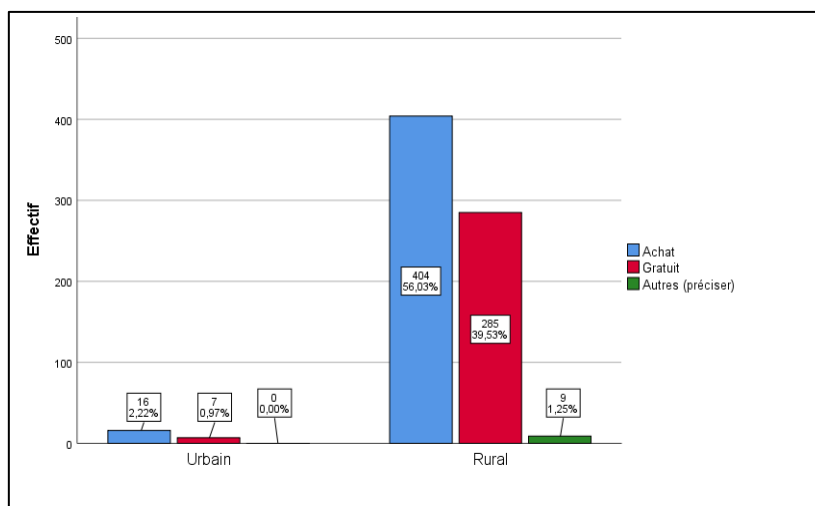
**Source : enquête de terrain, 2019**

Il est observé sur l'image ci-dessus un groupe de personnes autour d'un puits traditionnel à Matabonon dans le district sanitaire de Bousso. En l'absence d'un forage, les populations ont trouvé une autre alternative, celle de recourir au puits traditionnel pour répondre aux besoins liés à l'eau dans le village. Si dans l'immédiat, cette stratégie constitue

une solution pour les ménages, il est à craindre les effets de cette eau sur la vie des communautés rurales à long terme car, cette eau est utilisée sans tenir compte des mesures hygiéniques sinon des préventions contre les maladies hydriques à cause non seulement des débris observés autour de margelle mais parce que : « *les pratiques humaines sont les principaux facteurs responsables de l'insalubrité de l'eau. Les ruraux contribuent largement à la pollution de leur environnement hydrographique* » ( Ofouémé 2010 : 14). Une tournée dans quelques ménages dans le village Matabonon a permis d'observer les mauvaises manières de stockage de l'eau.

L'eau est puisée et stockée dans les canaris non fermés et rarement lavés pendant plusieurs semaines. « *L'eau c'est la vie ou l'eau est source de vie sont des slogans connus de tous, mais elle peut être source de mort quand elle n'est pas salubre. L'être humain peut mourir pour une simple gorgée d'eau polluée* » (Ofouémé : *ibidem*, 19). Outre la pollution par les excréments, d'autres pratiques humaines contribuent aussi à l'insalubrité des eaux. Il s'agit de l'entassement des ordures ménagères à proximité des habitations. Ces ordures attirent, d'une part, les mouches - vecteurs de maladies - quand elles se posent sur les aliments non protégés et, d'autre part, sont entraînées vers les points d'eau. Les pouvoirs publics et les programmes d'appui au développement du monde rural ont aussi une part de responsabilité dans la pollution des eaux. La plupart des centres de santé manquent de latrines et d'incinérateurs [ cette pratique est observée aux centres de santé de Oulboye (Kyabé) et Moursal ( Bâ-illi) ]. Les déchets biomédicaux solides sont jetés dans la nature sans tri préalable ( Ofouémé 2010 : 17 ).

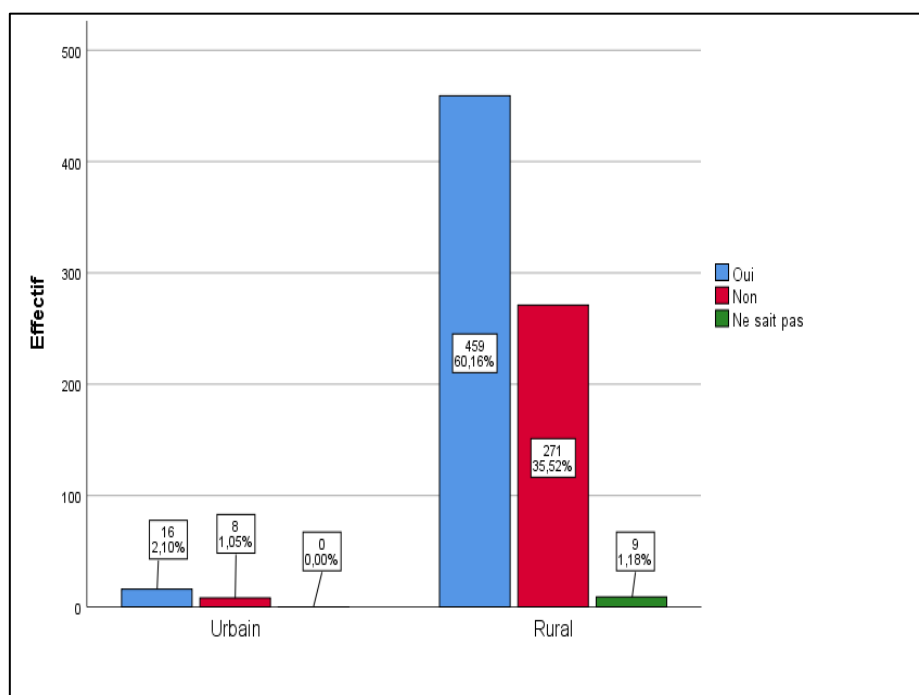
#### **Histogramme n° 14 : Répartition des enquêtés selon leur accès à l'eau potable selon le milieu rural en%**





Il est ressorti des données ci-haut que l'accès à l'eau potable demeure un problème crucial dans les communautés rurales. La majorité des personnes interrogées (56,03 %) en milieu rural ont déclaré avoir payé une somme variant entre 250F à 500F par mois pour accéder à l'eau du forage. Toujours en milieu rural, une partie des enquêtés (39,53%) a confirmé avoir accès gratuitement à l'eau. Cette catégorie ne dispose pas de moyen financier pour le forage donc fait uniquement recours aux puits traditionnels et l'eau du fleuve. Ces puits non aménagés peuvent être pollués par l'infiltration des eaux de pluies souillées au contact des excréments ou par l'écoulement d'eaux souterraines insalubres, notamment lorsque les latrines sont installées en avant plan (Ofouémé 2010 : 17). Le manque de conscience des populations quant à l'éducation sanitaire et à l'hygiène accentue les difficultés d'accès à une eau de bonne qualité. L'eau n'est ni bouillie, ni filtrée. A la question de savoir, pourquoi ne faites-vous pas bouillir de l'eau ? La plupart des paysans répondent que « *les noirs ne meurent pas de microbes. En plus, l'eau bouillie n'a aucun goût* ». A partir de cette déclaration, il est possible d'affirmer sans risque de se tromper que les ruraux boivent l'eau de mauvaise qualité bactériologique, impropre à la consommation humaine. D'après Arianne Poissonnier (2005) cité par Ofouémé (2010 : 19), en milieu rural, les maladies hydriques les plus dangereuses sont contractées par la boisson et les baignades dans les eaux stagnantes. Les diarrhées simples, les gastro-entérites, les amibiases, les dysenteries, les verminoses, le choléra, la typhoïde et la bilharziose sont fréquents dans les villages.

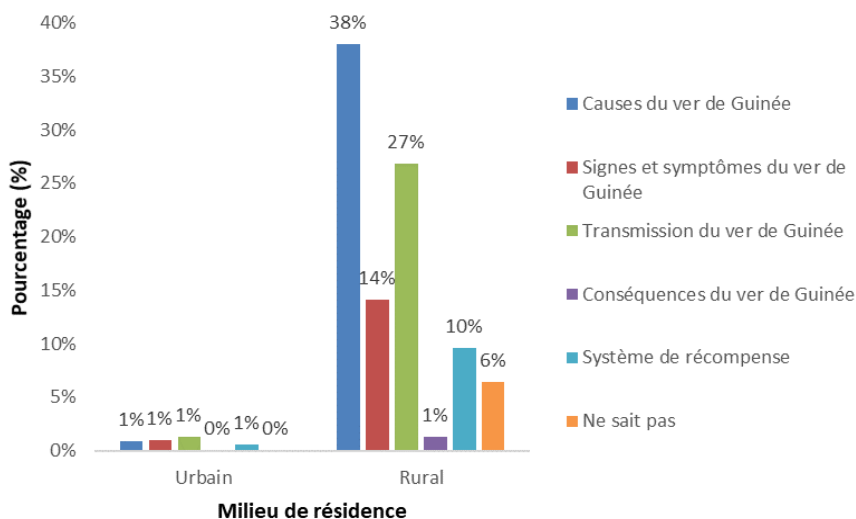
**Histogramme n° 15 : Répartition des enquêtés selon les périodes de pénurie en eau ou d'accès difficile à l'eau selon le milieu de résidence en %**



L'eau, question multidimensionnelle et complexe, est en proie à toutes les attentions depuis une trentaine d'années, et principalement depuis le lancement de la Décennie Internationale de l'Assainissement et de l'Eau Potable (DIEPA, 1980/1990), (Aubriot 2007 : 3). Comme il a été développé précédemment, la problématique d'accès à l'eau en milieu rural tchadien reste un problème majeur qu'il est important d'aborder avec beaucoup d'attention.

En milieu rural, les populations s'approvisionnent à partir d'une grande diversité de points d'eau. De manière globale elles utilisent : l'eau de pluie collectée à partir des toitures des maisons et stockée dans des récipients variés ; l'eau des sources, des cours d'eau, l'eau souterraine obtenue à partir de puisards (simple trou creusé dans la terre) et de puits traditionnels (Ofouémé 2010 : 9). Cependant en dépit de ces différentes sources d'eau qui permettent aux populations rurales d'obtenir l'eau (de qualité douteuse) qui, à coup sûr leur donnera des maladies plus tard, il est à retenir que les populations des zones rurales font parfois face aux pénuries d'eau. Cette carence d'eau facilite le retour de beaucoup à la consommation d'eau du fleuve. Selon les statistiques ci-dessous, 60,16% des enquêtés ont déclaré qu'ils ont fait face aux pénuries d'eau dans leur localité contre 35, 52% de ceux n'ayant pas connu la pénurie d'eau. Plusieurs facteurs contribuent à la pénurie d'eau dans les différentes zones enquêtées. Les premières causes sont d'origines techniques c'est-à-dire les pannes répétitives des pompes à motricités humaines ensuite le tarissement des puits traditionnels. Dans un rapport intitulé « *Analyse du paysage pour l'assainissement, l'eau et l'hygiène (Wash) et la planification des maladies tropicales négligées (MTN)* » au Tchad, le BEADIS (2020 : 19) souligne que, la couverture en eau potable au Tchad est de 70% en milieu urbain et de 29% dans le milieu rural. Accès à l'eau et la qualité de l'eau qui varie d'une localité à l'autre sont des véritables besoins à satisfaire dans l'ensemble du territoire tchadien.

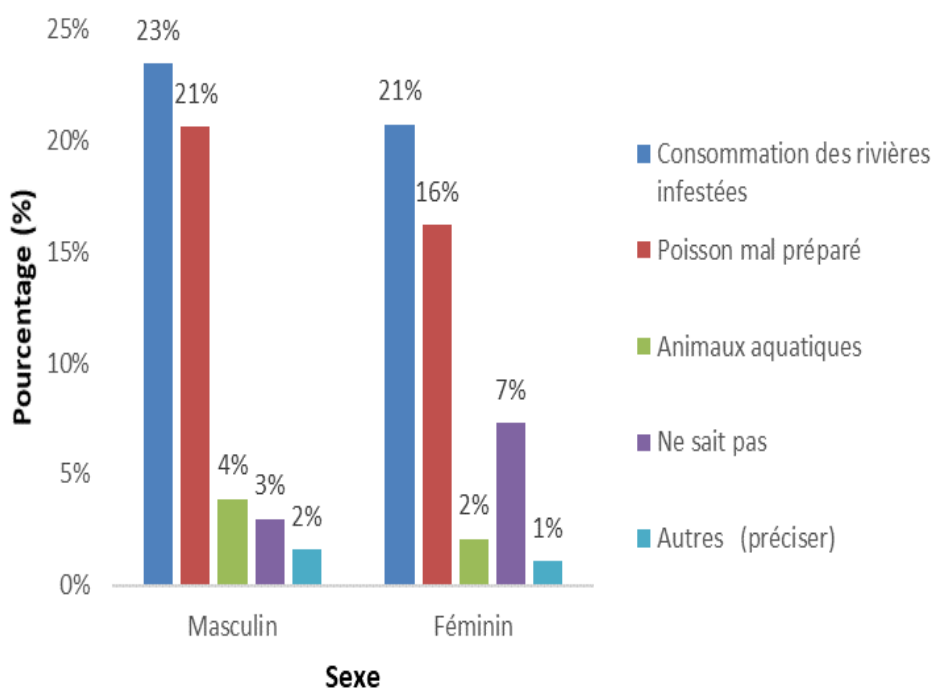
**Histogramme n° 16 : Messages reçus sur le ver de Guinée selon le milieu de résidence en %.**



Il est ressorti de l'histogramme ci-haut que les enquêtés ont non seulement entendu parler du ver de Guinée mais ont également retenu les principaux messages relayés par les agents de terrain pour limiter la transmission de la dracunculose. En effet, 38% des enquêtés résident en milieu rural ont affirmé avoir connu les principaux messages notamment les causes du ver de Guinée ; 27 % ont confirmé qu'ils connaissent la transmission du ver de Guinée ; 14% connaissent les signes et symptômes de la dracunculose ; 10% des enquêtés ont laissé entendre qu'ils maîtrisent le système de récompense instauré pour lutter contre le ver de Guinée et 1% a confirmé avoir reçu le message sur les conséquences du ver de Guinée. Il est à préciser que les principaux messages sur la maladie du ver de Guinée ont été confectionnés dans plusieurs langues locales, mais aussi à travers des chansons ; textes, slogan, etc ; afin de faciliter la compréhension. Des boîtes à image et affiches ont permis aux populations rurales de connaître les principaux messages sur la dracunculose. Dans un écrit portant sur la diffusion des messages de sensibilisation, Feruzi (2020 :1) souligne en ce termes :

*La prévention joue un rôle fondamental dans la lutte contre le Covid-19. Elle nécessite d'assurer une bonne et complète information de toute la population sur la maladie, ses risques, la manière de se protéger et éventuellement de se soigner. Cette information doit permettre d'activer le sens des responsabilités de toutes et tous pour que chacun, chacune adopte les comportements qui lui permettront de se protéger et de protéger la collectivité.*

**Histogramme n° 17 : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des principales causes du ver de Guinée selon le sexe en %.**



L'observation attentive de l'histogramme n° 17 ci-dessus montre que les principales causes du ver de Guinée sont connues de toutes les personnes interrogées. En effet, 21% des femmes ont confirmé que la consommation des rivières infestées est l'origine de la dracunculose ; 16% étaient d'accord que le poisson mal préparé / grillé constitue la principale du ver de Guinée. Toujours selon les statistiques ci-haut, 23% des hommes ont déclaré que la consommation des rivières demeure les principales causes de la maladie du ver de Guinée ; 21% ont souligné que la consommation des poissons mal cuits et ou grillé constitue les principales causes de la maladie du ver de Guinée. La consommation des animaux aquatiques comme causes du ver de Guinée a été également confirmée simultanément par les hommes (4%) et femmes (2%). Parmi les enquêtés, 7% des femmes et 3% d'hommes ont conjointement déclaré n'avoir pas su les principales causes de la dracunculose. Enfin, 2% des femmes interrogées contre 1% d'hommes ont laissé entendre que les principales causes de la maladie du ver de Guinée seraient autres. Au terme de ces données probantes issues du terrain, force est d'affirmer que les principales causes de la maladie du ver de Guinée sont exactement connues par les personnes interrogées. La connaissance de ces principales causes a été possible grâce à la multiplication des réseaux de sensibilisation par les acteurs institutionnels mais aussi l'implication des acteurs communautaires dans la sensibilisation des populations rurales. La présence des ASV sur le terrain a également favorisé la connaissance des causes du ver de Guinée dans les zones enquêtées. Au-delà de la connaissance effective des principales causes du ver de Guinée, force est de constater que son éradication reste toujours un défi majeur dont le programme fait face. L'interrogation sociologique suivante revient toujours à l'esprit lorsqu'on aborde les questions liées au ver de Guinée au Tchad. Si les communautés rurales connaissent les causes du ver de Guinée, pourquoi ne prennent-elles pas des dispositions afin d'éviter d'être infectées par ce ver ? Les acteurs institutionnels n'ont-ils pas des stratégies convaincantes pour inciter les communautés rurales à vaincre le ver de Guinée ? Toutes ces interrogations ont leurs réponses dans les perceptions et pratiques des communautés rurales face à la lutte contre le ver de Guinée.

### **III. 4. Canaux d'informations connus par les communautés**

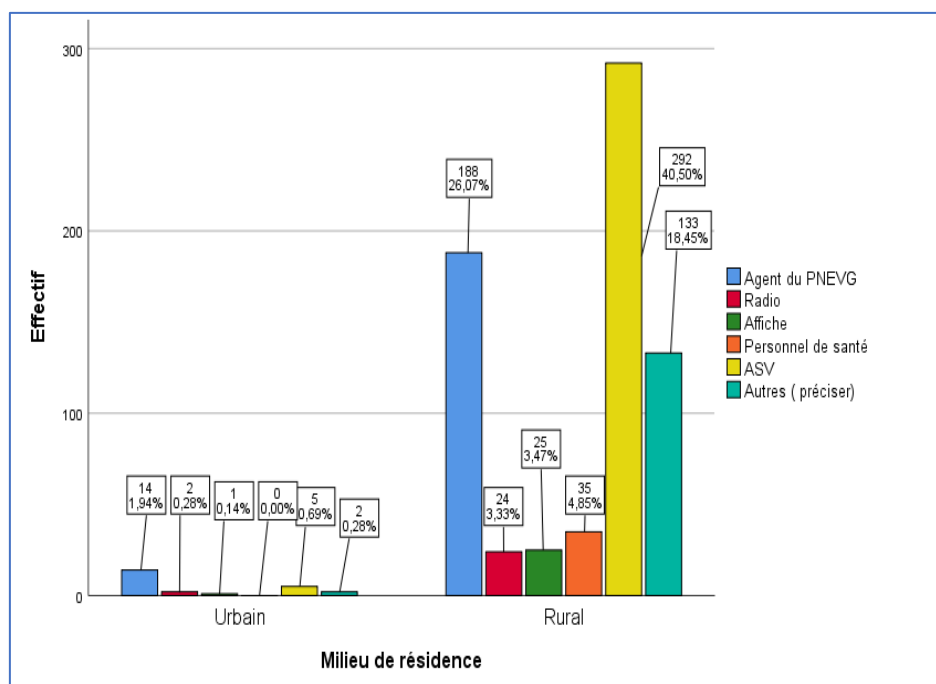
La dracunculose affecte beaucoup plus les personnes vivant dans des villages reculés où les infrastructures sont inexistantes. Pour toucher les communautés des zones endémiques, le PNEGV mobilise plusieurs canaux d'informations notamment les agents de santé villageois (ASV), les radios communautaires, les leaders religieux, les chefs traditionnels, les associations, affiches, etc. Dans les villages parcourus, les agents de santé villageois

demeurent incontournables et constituent les canaux les mieux connus des populations. D'après l'OMS (2018), la meilleure manière de sensibiliser est d'identifier les personnes en qui la communauté a confiance et établir des liens avec elles. Les impliquer dans la prise de décisions pour que les interventions se déroulent de manière collaborative et soient adaptées au contexte, et que la communauté s'approprie le processus de communication. Selon les termes de Tchindebet Ouakou, par ailleurs, Coordonnateur national du programme d'éradication de ver de Guinée, « *La clé de l'éradication du ver de Guinée se trouve au village et non en ville* ». Si la clé de l'éradication du ver de Guinée se trouve effectivement au village, qu'est-ce qui peut bien expliquer la résistance de la maladie dans des nombreux villages endémiques du Tchad ? Les populations rurales n'ont-elles pas une connaissance approfondie du ver de Guinée ? Les différentes sensibilisations organisées n'ont pas un impact considérable dans la lutte contre la dracunculose ? Les personnes susceptibles de transmettre les messages sont-elles écoutées par les communautés rurales ? Les réponses à ces séries d'interrogations résident dans l'incohérence dans la lutte contre le ver de Guinée au Tchad à savoir : les difficultés liées à l'approche multisectorielle, les pratiques culturelles développées par les communautés, l'incapacité du PNEVG à doter tous les villages endémiques de dracunculose d'eau potable, la non prise en compte des logiques communautaires lors des sensibilisations, le manque des ressources humaines, financières et matérielles. Selon l'OMS (2018 : 1 ; 7) :

*Si les populations à risque ne font pas confiance à la source d'information, les interventions de communication sur les risques ne permettront pas aux personnes concernées de protéger leur vie, leur santé, leur famille et leur communauté, quelle que soit la manière dont ces interventions sont planifiées ou mises en œuvre. Dès lors, créer et maintenir un lien de confiance est sans doute la première chose à faire, et la plus importante. Lorsque survient une urgence de santé publique, les gens ont besoin de savoir à quels risques ils sont confrontés et ce qu'ils peuvent faire pour préserver leur vie et leur santé. Des informations précises diffusées tôt par des canaux auxquels la population se fie et qu'elle utilise, et dans des langues qu'elle comprend, permettent aux personnes concernées de se protéger, de protéger leur famille, ainsi que leur communauté, des risques sanitaires qui menacent leur existence et leur bien-être.*

Les statistiques ci-dessous confirment les canaux les plus connus par les communautés rurales.

**Histogramme n° 18 : Distribution des enquêtés selon la connaissance des canaux d'informations sur le ver de Guinée selon le milieu de résidence en %.**



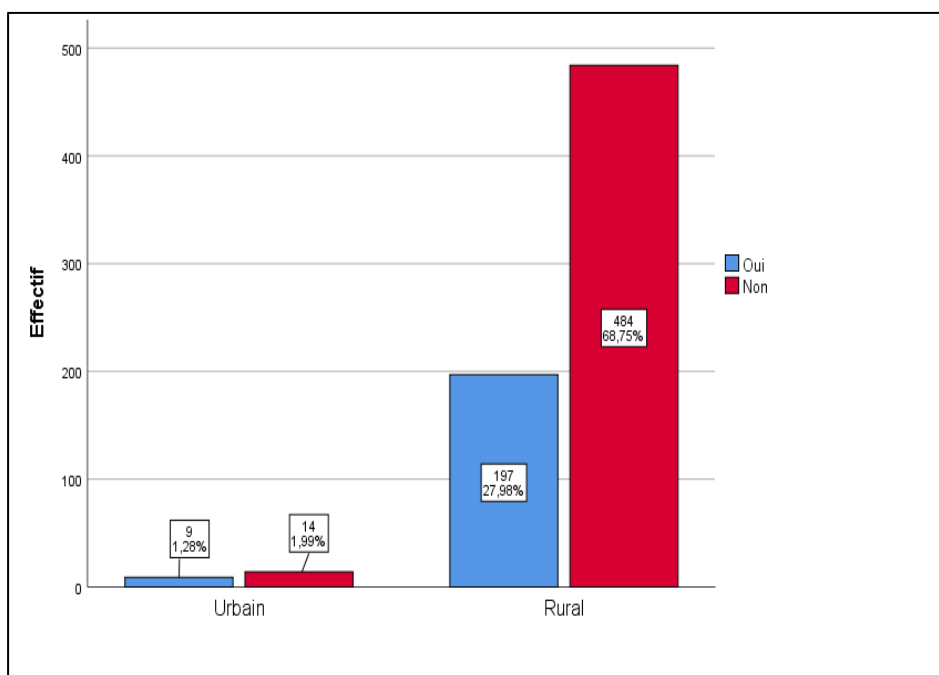
Pour inciter les populations à changer de comportement face à la dracunculose, plusieurs canaux d'information sont mobilisés par les acteurs institutionnels. Les résultats obtenus dans l'histogramme n° 18 ci-dessus indiquent que les Agents de Santé Villageois<sup>14</sup> (ASV) constituent le canal le plus connu des personnes interrogées. En effet, interrogés selon leur milieu de résidence, 40,50 % des enquêtés résidents en milieu rural ont affirmé que les ASV sont les premiers canaux d'information les plus connus dans la sensibilisation contre le ver de Guinée. La lecture de ce même histogramme laisse entrevoir également que les agents du programme national d'éradication du ver de Guinée (26,07%) sont connus en milieu rural comme l'un des canaux de lutte contre le ver de Guinée. Parmi les enquêtés, 18,45% ont déclaré que les canaux de sensibilisation contre le ver de Guinée sont des réseaux informels développés par les villageois (autres canaux) ; les informations sur le ver de Guinée sont parfois reçues de bouche à l'oreille dans des rencontres informelles. Toujours selon le même histogramme, le personnel de santé constitue 4,85% seulement parmi les canaux de lutte contre le ver de Guinée en milieu rural. Ceci peut s'expliquer du fait que le personnel de santé

<sup>14</sup> L'Agent de Santé Villageois est un bénévole du Centre Carter au village qui fait de visites de ménage en ménage chaque jour pour chercher les rumeurs/cas de VG (humains et animaux). Il existe 2 ASV par village, de préférence un homme et une femme mais le nombre des ASV dépend surtout de la taille du village.

s'occupe de plusieurs maladies dans une formation sanitaire et n'a pas assez de temps pour sensibiliser les personnes fréquentant des centres de santé et autres structures de santé sur le ver de Guinée.

Les affiches constituent seulement 3,47% dans la sensibilisation contre le ver de Guinée selon les personnes interrogées. La principale raison demeure l'incapacité des communautés rurales à interpréter les images et messages contenus dans les affiches car la majorité des personnes vivant en milieu rural ne savent ni lire ni écrire. Enfin, il est observé dans cet histogramme que la radio comme canal de sensibilisation contre le ver de Guinée ne représente que 3,33% selon les enquêtés. Il est à souligner que certaines radios communautaires ont du mal à diffuser le message de sensibilisation contre le ver de Guinée à cause de problèmes techniques et financiers. Dans certains villages parcourus, il est difficile de voir le poste radio car le souci des communautés rurales c'est de subvenir à leurs besoins quotidiens. La radio constitue pour eux un luxe et réservée spécifiquement à une catégorie de personnes.

**Histogramme n° 19 : Distribution des enquêtés selon leur connaissance des membres de la communauté atteints par le ver de Guinée selon le milieu de résidence en %.**



Comprendre et expliquer la connaissance des membres de la communauté victimes du ver de Guinée par les populations selon le milieu de résidence, tel a été l'objectif recherché à travers cet histogramme. En effet, l'observation attentive des données issues de l'histogramme n° 19 ci-haut montre que 68,75% des personnes résident en milieu rural ont

déclaré n'avoir aucune idée sur les membres de la communauté atteints par la maladie du ver de Guinée contre 27,98% de personnes qui ont une connaissance des membres victimes de cette endémie. Cette différence s'explique par le fait que le ver de Guinée est généralement perçu par les communautés comme une maladie de la honte à cause des « *monstruosités de corps* » (Goffman, 1975) mais également l'apparition du ver dans les parties intimes des victimes. Pour éviter d'être stigmatisés par la communauté, les personnes malades préfèrent se cacher. Ce repli sur soi n'a pas permis aux populations de connaître les victimes du ver de Guinée. Il est à préciser que les 27, 98 % des interrogés qui ont laissé entendre qu'ils connaissent les membres de la communauté atteints du ver de Guinée sont des familles et / ou l'entourage des personnes victimes de cette maladie. En milieu urbain, les victimes du ver de Guinée sont quasiment inexistantes, selon les personnes interrogées, 1,28% seulement ont affirmé avoir connu les membres qui ont fait le ver contre 1,99%. Cette rareté s'explique par le fait que le ver de Guinée touche beaucoup plus des populations des zones rurales qui ne disposent pas d'eau potable donc plus exposées à la dracunculose.

### **III. 5. Principaux informateurs sur la maladie**

Au Tchad, les activités d'éradication de la dracunculose (maladie due au ver de Guinée) ont été intensifiées dans les zones endémiques grâce à la mise en place du programme national.

Des progrès ont été faits sur la voie de l'éradication de la maladie, même s'il reste beaucoup à faire. La coordination travaille en collaboration avec les formations sanitaires existantes dans les différentes zones endémiques de manière permanente. Au-delà des canaux mobilisés pour favoriser la connaissance du ver de Guinée en milieu rural tchadien, les principaux informateurs sur la dracunculose demeurent toujours les agents de santé villageois grâce à leurs présences remarquées à tous les niveaux. La recherche active des cas dans les ménages, la distribution des filtres à eaux sont assurées par les ASV, l'information sur l'enterrement de boyaux de poissons, l'utilisation rationnelle des filtres à eau, les risques liés au ver de Guinée, le système de récompense animal et humain, le traitement des mares, la prise en charge des cas, etc., sont reliés par les agents de santé villageois. C'est à travers eux, que les communautés connaissent la maladie du ver de Guinée. Ils servent de premier centre d'intérêt pour les communautés dans leur quête de soins de santé liée au ver de Guinée mais également d'autres maladies connexes. Les données de terrain ci-dessus renseignent mieux l'apport des AVS dans la lutte contre la dracunculose ( maladie oubliée des oubliés ) (OMS 1994 : 3).



### III. 6. Stratégies de la communication pour le changement de comportement menées au cours des interventions

La stratégie de communication est un processus visant à choisir et mettre en œuvre les actions requises pour atteindre les objectifs. Cependant, il est important de s'assurer que les interventions de communication sont adéquates, efficaces et qu'elles mobilisent le récepteur. En effet, les interventions de communication et d'éducation du Programme National d'Éradication de dracunculose butent manifestement sur diverses croyances et pratiques communautaires qui contrastent avec les attentes souhaitées or, l'échec est celui d'être bloqué au niveau du changement de comportement. Le programme s'est rendu compte que les agents sur le terrain peuvent facilement parvenir au premier but de la sensibilisation, l'information, l'éducation et la persuasion des individus sur ce qui doit être fait (le niveau de l'éducation information pour le changement de comportement) par rapport à la maladie du ver de Guinée mais le programme se rend également compte que c'est une toute autre affaire d'avoir une réaction comportementale face à la dracunculose d'où le fossé entre connaissances du ver de Guinée et changement de comportements. Le récepteur trie et perçoit le monde au travers de son regard culturel. Comprendre cet environnement est crucial pour accomplir cette tâche de communication. Dans un rapport portant sur les stratégies de communication relatives aux changements de comportements, le Ministère ivoirien de la santé et de lutte contre le Sida affirme que :

*Pour que les gens puissent changer de comportement, il faut s'attaquer aux facteurs qui affectent les individus eux-mêmes ainsi que ceux qui les influencent directement ou indirectement, telles que la motivation, la capacité d'agir, y compris l'auto-efficacité et les pesanteurs des normes sociales et/ou liées au genre (MSPCI 2015 :3)*

Le programme organise des séances d'animation avec les enfants, cette activité vise principalement à éduquer les enfants sur la prévention du ver de Guinée par la bonne cuisson de petits poissons que les enfants ont l'habitude de manger non bien grillés. Cette animation se fait à travers des dessins, chansons et autres jeux de divertissements. Des démonstrations culinaires pour engager tous les groupes de communauté à participer au creusage des trous d'enterrement de boyaux mais aussi des sensibilisations au site de pêche collective qui réunissent plusieurs pêcheurs venant de différents villages. Au terme des stratégies de communication mobilisées le MCD de Kyabé soutient :

*Bon, la stratégie que nous menons ici, c'est pendant les IEC, telles que quand les mamans viennent soit pour la CPN soit le jour de PEV, on fait la sensibilisation et nous avons également les affiches que les gens viennent, ils peuvent voir, et nous*

*expliquons également le cas de ver de guinée, s'il y a quelque part, s'ils voient, ils peuvent aussi venir, donc nous menons la sensibilisation de la prévention, la récompense et puis, en tout cas, les filtrations de l'eau et autres, donc nous menons également la sensibilisation au niveau de CS (Nassou Guemssou, 37ans, entretien réalisé le 24/12/2019 à Kyabé).*

Le RCS de Makori / Kyabé confirme en ces termes :

*Bon, la sensibilisation, on le fait de façon permanente au niveau des zones endémiques, nous tenons des réunions avec les chefs de villages et les leaders, nous leur expliquons amplement la nécessité d'éradiquer cette maladie, et en retour, ils vont mobiliser leurs populations et essayer de discuter sur l'intérêt d'éradiquer cette pathologie et avec le concours des ASV que nous avons, c'est presque chaque jour. Les ASV font des tours dans les ménages et la sensibilisation se fait chaque jour. Donc de façon globale dans les districts de Kyabé, en matière de sensibilisation, nous sommes très avancés (Bassou Rachel Tallo, 57ans, entretien réalisé le 24/12/2019).*

Au terme de ce chapitre intitulé : « connaissances, attitudes et pratiques du Wash chez les populations des zones endémiques de la dracunculose », il a été abordé les différents points notamment, les canaux utilisés pour véhiculer les messages de sensibilisation contre la dracunculose, les connaissances reçues sur la maladie du ver de guinée par les communautés rurales, les principaux informateurs sur la maladie. Il a été également question d'analyser les messages clés reçus sur la maladie en rapport avec l'eau hygiène et assainissement. Les interventions pour le changement de comportement menées n'ont pas été perdues de vue. Globalement, les enquêtés ont une connaissance de la maladie du ver de Guinée (principales causes) à travers la présence des ASV et autres canaux mobilisées par le PNEVG mais, l'impact des stratégies de communication sur le changement réel du comportement des populations en matière de prévention et de prise en charge / ou de demande de soins des populations n'est pas satisfaisant.

## CHAPITRE IV : CROYANCES SOCIALES, VECU DE LA MALADIE ET ITINERAIRES THERAPEUTIQUES

A la suite du chapitre précédent qui analyse les connaissances, attitudes et pratiques des communautés rurales face à la recrudescence de la maladie du ver de Guinée au Tchad, ce chapitre 4 qui boucle la deuxième partie de la thèse s'est intéressé spécifiquement aux croyances populaires construites autour du ver de Guinée mais également aux itinéraires thérapeutiques pluriels empruntés par les malades. A partir des données probantes, ce chapitre analyse les perceptions du risque liées au ver de Guinée par les communautés, la pratique de l'hygiène, les divers réseaux de support des victimes de dracunculose. Il est également question de comprendre les contagions collectives du ver de Guinée enregistrées dans les zones endémiques, la prise en charge des malades de dracunculose, l'observance thérapeutique des communautés. Enfin, ce chapitre essaye d'appréhender l'accessibilité aux soins et les multiples stigmatisations.

### IV.1. Croyances sociales autour du ver de Guinée

Le ver de Guinée affecte gravement le corps humain et animal et lui impose des « *monstruosités* » stigmatisantes engendrant à la fois des croyances superstitieuses, constructions et interprétations sociales autour de cette maladie. Comprendre les représentations de la maladie [du ver de Guinée] selon Carbonnelle et *al.*, (2009 : 15), signifie alors observer comment l'ensemble des valeurs, des normes sociales et des modèles culturels qui y sont liés sont pensés et vécus par les individus, mais aussi, comment s'élabore, se structure, logiquement, psychologiquement et socialement cette image. L'analyse de ces facteurs « *oubliés* » par les sciences biomédicales, pourtant sociologiquement importants contribuera certainement à redéfinir les stratégies de lutte. Au sujet des croyances et constructions sociales, les propos ci-dessous recueillis dans les zones endémiques sont illustratifs :

*L'impact de la croyance communautaire-là, par le passé, chez les Sara-Kaba, j'avais appris ça derrière le fleuve. Parait-il que les gens, tous ceux qui contractaient cette maladie auparavant là, on croyait que c'est une malédiction des ancêtres, donc on va te mettre en quarantaine, c'est comme si tu as commis un péché et que les ancêtres t'ont maudit, donc unanimement les citoyens vont te mettre à l'écart, tu serais mis en quarantaine là-bas et après cicatrisation, il faut des rituels encore pour que ces patients-là réintègrent la communauté. Les gens trouvaient cela comme un affront ou encore c'est la honte. S'ils avaient la*

*maladie du ver de Guinée, ils se cachai*ent. (Nadjyam Mathurin, entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).

Selon les termes de Souleymane Abass, député de la localité : « *Parfois les gens vous disent que nous là, ça fait des années qu'on consomme cette eau et on n'a jamais eu quoi que ça soit. Ce n'est pas maintenant que vous allez nous demander de laisser. Vous voulez qu'on fasse quoi ?* ». Il faut rappeler qu'il est fréquent chez les peuples africains, d'attribuer la maladie à des esprits malveillants, à une intervention divine (ou diabolique), à des forces surnaturelles et aux ancêtres (on retrouve ces explications dans de nombreuses communautés vivant en Afrique, en Amazonie et dans le Pacifique). En Afrique, c'est le plus souvent un manque de respect pour les ancêtres qui est sanctionné par la maladie, le défunt revenant posséder l'un de ses descendants pour le punir. Mais la maladie peut aussi être attribuée au pouvoir maléfique d'une personne bien vivante. Diverses approches en psychologie clinique et en psychologie sociale considèrent que ces croyances, malgré leurs lacunes et leurs distorsions jouent un rôle essentiel : elles prédétermineraient l'adoption de styles de vie sains ou à risques.

*Maintenant à Mbaimandja, c'est une communauté des pêcheurs, là-bas, au bord du Chari. Eux là-bas, c'est un problème de croyance. Premièrement, les femmes des pêcheurs disent qu'elles ne peuvent pas enterrer les boyaux de poisson, pourquoi, parce que leur croyance dit que si elles enterrent, c'est la chance de leurs maris de capturer les poissons-là qu'elles sont en train d'en fuir déjà au trou-là, donc là, c'est impossible. Maintenant chez les jeunes filles, elles avancent que celles qui ne sont pas encore mariées-là, si elles enterrent les boyaux, elles ne vont pas trouver de maris, ça c'est au quartier Mbaimandja, au bord du Chari, ici à Sarh, c'est une communauté des Ngambaye, majoritairement.* (Nadjyam Mathurin, entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh).

Du côté des chercheurs dans les sciences de la santé comme du côté des praticiens, l'analyse s'est intéressé aux croyances, conceptions, représentations et « théories profanes » du grand public en ce qui concerne la santé et la maladie. En effet, ces cognitions déterminent en grande partie les comportements de santé des usagers (comportements sains, comportements à risques) et leurs relations avec les professionnels de la santé. Elles permettraient aux individus de croire qu'ils contrôlent leur état de santé et d'intégrer la maladie, lorsqu'elle survient dans leur histoire personnelle. On commence à s'intéresser, y compris dans les milieux médicaux, aux conceptions que les personnes malades élaborent à propos de leur maladie, non plus pour les combattre, mais pour mieux les comprendre et en tenir compte. On sait aujourd'hui que les croyances des malades déterminent en grande partie

leurs conduites en matière de santé (recours à des soins, relations avec les médecins, adhésion aux traitements, etc.).

#### **IV.2. Perceptions du risque lié au ver de Guinée en communautés**

Lorsque l'on cherche à comprendre ce qui conditionne certains comportements et pourquoi certaines interventions sont plus acceptables et efficaces que d'autres, il faut considérer à la fois les risques et les avantages. Des facteurs sociaux, culturels et économiques jouent un rôle essentiel dans la manière dont les gens perçoivent les risques pour la santé. D'après Cantrelle et Locoh (1990), les facteurs socio-culturels qui déterminent les comportements, l'hygiène de vie et aussi l'accès aux moyens modernes de traitement sont donc au premier rang des facteurs de santé.

#### **IV.3. Valeurs culturelles**

Des pratiques culturelles freinent considérablement la lutte contre le ver de Guinée en milieu rural tchadien. Ayant leurs propres logiques, les populations des zones endémiques développent, préservent et entretiennent des valeurs culturelles afin de maintenir leur identité culturelle. Des instructions liées à l'enterrement des boyaux des poissons contre le ver de Guinée, l'attachement prolongé des chiens et chats, l'utilisation des produits pour le traitement des mares, l'utilisation de filtres à eau donnés par les agents du programme sont souvent considérés comme extérieurs à leurs traditions. D'après Serge Nanguiom, MCD de Dourbali : « *Au Tchad y'a des endroits où même quand y'a de forage les gens ne consomment pas de l'eau potable, ils disent qu'ils ont mal au ventre, l'exemple de Bâ-illi. Par exemple ou le Ministre Ngariéra est allé, les gens disent que c'est l'eau de forage qui leur donne de maux de ventre et diarrhée* ». Selon Abbas, député du département d'Aboudéïa : « *parfois les gens vous disent que, nous là, ça fait des années qu'on consomme cette eau et on n'a jamais eu quoi que ça soit* ». Dieudonné Sankara, par ailleurs responsable du département du ver de Guinée au siège de l'OMS / Genève:

*Je parle de l'accès physique. Mais l'accès n'est pas seulement physique. L'accès peut être aussi sociologique, culturel, y'a des villages où on a mis des forages très propre, l'eau potable bien dosée et bien étudiée, les gens vont continuer toujours à boire l'eau de mare parce qu'ils n'ont pas encore l'accès sociologique, l'accès culturel n'est pas encore là. (Entretien réalisé en Janvier 2020 à N'djamena).*

Selon les communautés rurales, ces pratiques ne sont propres à leur culture. Le fait de voir les expatriés (blancs) sillonnés dans leurs ménages en leur posant des questions au nom

du ver de Guinée, cela laisse un doute, les communautés rurales pensent que leurs traditions seront exposées. Selon les propos de Serge Nanguiom :

*Aujourd'hui, imaginer déjà c'est problème quand vous voyez que c'est un blanc qui vient circuler dans le village, si on le trouve mais celui-là qu'est-ce qu'il est en train de faire ? de fois est ce qu'il l'écoute même ? C'est ça le problème parce que nous avons nos cultures, nos mœurs de fois au blanc là, les gens lui cachent certaines choses, ils ne disent pas la vérité. ( Entretien réalisé en Janvier 2020).*

#### **IV.4. Représentation du ver de Guinée**

Reprenant l'idée d'une interprétation collective d'un phénomène, Durkheim (1898) et Moscovici (1961 ; 1973) ont proposé la théorie des représentations sociales. Le concept de représentation désigne « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (Jodelet, 1989 ; 2003). Pour Moscovici (1969 ; 2005), la représentation sociale a une double vocation : permettre aux individus de se positionner socialement par rapport à un objet, et fournir aux membres d'une communauté un référentiel commun pour la communication (Galand & Salès-Wuillemin 2009).

En effet, si la médecine moderne classe le ver de Guinée au rang des maladies tropicales négligées voire une maladie comme toute autre, les communautés des zones endémiques ne partagent pas entièrement cette vérité scientifique. Plusieurs causes ont été attribuées à la maladie du ver de Guinée. La dracunculose est perçue diversement dans les villages endémiques comme un mauvais sort jeté par les ancêtres suite aux désobéissances, les sorciers qui souhaitent voir la famille des victimes souffrir, les dieux des eaux ( mares) qui sont fâchés, la colère de Dieu, la méchanceté de l'homme, etc. Ces représentations sociales de la maladie du ver de Guinée nourrissent les pratiques des populations rurales et orientent leurs recours aux itinéraires thérapeutiques. Le système culturel est un tout avec sa logique propre selon chaque société. Il conditionne ainsi l'ensemble des comportements en matière médicale (Ezembe 2009). Les réactions des populations à diverses épidémies ou pandémies, dépendent assez étroitement des représentations culturelles que ces populations se faisaient de l'origine et des causes des maladies qui les affectent. Les gouvernements de ces sociétés doivent prendre en compte ces représentations dans les politiques de santé qu'ils mettent en place pour lutter contre ces maladies.

#### IV.5. Croyances et constructions sociales du ver de Guinée

En sociologie de la santé, la perception du risque d'une pathologie prend en compte les facteurs tels que : les valeurs culturelles, les représentations, les croyances et les constructions sociales. Du côté de l'épidémiologie et de la santé publique, les milliers d'études publiées au cours des dernières décennies sur les facteurs de risque associés aux divers problèmes de santé et traumatismes ont adopté des méthodologies quantitatives qui laissent, elles aussi, peu de place au discours de l'individu et des communautés, et encore moins à une analyse des habitus du risque (Massé 2007 :14). Souvent négligée par les communautés rurales, la dracunculose continue de faire des victimes dans les zones endémiques. Même si les communautés n'ont pas perçu les risques qu'elles en courent en consommant des mares, il est à craindre l'ampleur que celle-ci prennent dans les zones endémiques avec l'implication des animaux mais également sa prolifération dans les zones non endémiques à partir des foyers existants par manque de sérieux. De façon globale, les communautés rurales perçoivent le ver de Guinée comme une maladie banale, moins importante quand bien même il est noté ses caractères invalidants couplés avec des complications en cas de mauvais traitement. D'après les propos rapportés par les agents des terrains :

*Le ver de Guinée-là comme son nom indique, c'est un ver et si après son introduction et autre, le ver va se développer sur le corps de patient et puis après ça va sortir, ce n'est pas une maladie dangereuse qu'on doit vraiment s'alarmer derrière ça, ce n'est pas une maladie qui tue, donc eux, ils ne voient pas que c'est un danger même. C'est un ver qui entre et après à maturité, le ver sort, mais pourquoi même s'alarmer derrière cette maladie-là, Ho ! ver de guinée, ver de guinée.*

Des facteurs sociaux, culturels et économiques jouent un rôle essentiel dans la manière dont les gens perçoivent les risques pour la santé. En effet, la contamination collective des populations dans certaines localités où les mêmes sources d'eau polluées sont utilisées régulièrement dans les ménages sans aucune mesure préventive traduit le manque d'attention accordé aux risques liés à la dracunculose. Il est à craindre la contagion collective dans les villages endémiques où les populations n'ont pas perçu véritablement le risque qu'ils en courent en négligeant les messages prescrits. Ce phénomène a été observé à Bogam / Aboudéïa où différents membres d'une même famille ont été infectés par le ver de guinée. Une situation pareille s'est produite à Bikita non loin de Dangalakanyan / Kyabé où toute une famille a été victime d'une infection. Dans un article portant sur la perception de risques du



paludisme et l'utilisation des moustiquaires au Tchad, Fissou et ses collègues (2017 :1) ont clairement montré que malgré que le paludisme soit la première cause de consultations médicales au Tchad, certaines personnes ne perçoivent pas les risques de cette maladie. Plus de la moitié des personnes disposant des MILDA ne les ont pas utilisés.

#### **IV.6. Vécu de la maladie par les communautés**

Le vécu de chaque malade est donc particulièrement important à connaître et reconnaître. La prise en charge est d'autant plus efficace qu'elle est centrée sur le patient, son vécu, ses besoins, ses croyances, chaque personne étant prise dans sa globalité (Association Française pour la Recherche sur l'Hidrosadénite : 2014). En effet, la maladie du ver de Guinée qui sévit au Tchad depuis plusieurs décennies ne cesse de faire des victimes (humains et animaux) dans les villages endémiques. Le Tchad est devenu l'épicentre du ver de Guinée à cause des trois délégations sanitaires les plus endémiques (Salamat, Moyen-Chari et Chari-Baguirmi) qualifiées d'un « *triangle de la mort* ». Le système de santé tchadien est caractérisé par sa faible couverture géographique due à l'insuffisance des infrastructures et équipements.

Le ver de Guinée a montré la faiblesse du système de santé tant vanté par les autorités dans leurs politiques sanitaires. Face à cette situation, les malades du ver de Guinée quand bien même pris « gratuitement » en charge dans les formations sanitaires ont du mal à accepter et vivre avec le ver comme toute autre maladie à cause des diverses interprétations et constructions des communautés rurales. Il est à retenir que le ver de Guinée est considéré par les communautés comme une maladie mystique ou un mauvais sort. Les ancêtres, les sorciers, l'environnement social sont considérés comme étant de potentielles causes de la maladie (Djouda 2010 : 149). Cette construction sociale oblige les victimes non seulement à vivre en cachette mais également avec la peur. Pourtant, le patient est censé apprendre à gérer activement la maladie [ver de Guinée] et son nouvel équilibre de vie, aux niveaux personnel, familial, social et professionnel.

Cette lutte constante pour surmonter des difficultés parfois majeures dans l'accomplissement de chacun des gestes de la vie quotidienne, l'incapacité à faire des projets, sont vécues souvent dans un sentiment de solitude et d'incompréhension, de dévalorisation, même si l'entourage, qui joue un rôle capital, est présent (AFRH : 2014). On comprend bien la fréquence de l'anxiété (craintes pour l'avenir, douleurs, handicap, isolement, pertes affectives, sociales, professionnelles...) et l'apparition possible d'une dépression, avec repli sur soi, qui doit être reconnue et traitée. En matière de soins médicaux, le patient devient ainsi un expert

et un gestionnaire actif de sa maladie. Il est membre à part entière de l'équipe multidisciplinaire (outre les médecins : infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales...) impliquée dans la prise en charge globale personnalisée. A cet effort personnel du patient s'ajoutent les multiples réseaux de support ( familles, amis, entourage...).

#### **IV.7. Malades du ver de Guinée et réseaux de support ou socio-familial**

##### **IV.7.1. Malades du ver de Guinée**

Bien que cette maladie soit rarement mortelle, la dracunculose constitue néanmoins un sérieux problème de santé publique et un obstacle majeur au développement socio-économique des communautés rurales d'endémie, en raison d'une longue période d'invalidité totale mais temporaire dont sont victimes les malades (OMS :1998). Dans les pays [Tchad] où la transmission se poursuit la maladie fait peser un lourd fardeau économique sur les populations des villages touchés. L'invalidité imposée par le ver de Guinée aux victimes amène leurs proches à apporter des soutiens multiformes afin de les aider surmonter des difficultés pendant leurs séjours dans les formations sanitaires.

##### **IV.7.2. Réseaux de support ou socio-familial**

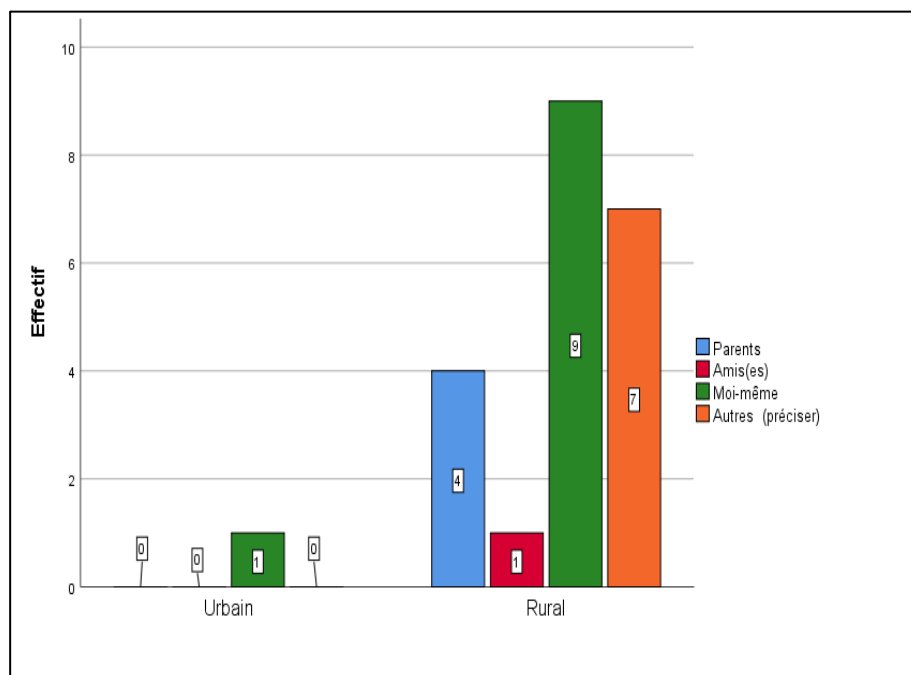
Les victimes du ver de Guinée ont du mal à vaquer à leurs préoccupations à cause des douleurs intensives provoquées par ce ver filiforme. En effet, la prise en charge des cas du ver de Guinée est un long processus qui va de l'évaluation de la douleur notamment le gonflement, la démangeaison, l'émergence du ver suivi du pansement. Ces étapes se font pendant plusieurs jours et les patients sont généralement hospitalisés donc sous surveillance des corps médicaux. Face à cette situation, le réseau de support ou socio familial constitue une force et joue un rôle capital dans l'accompagnement des victimes durant leurs séjours dans les centres hospitaliers. Chacun manifeste sa contribution physique, morale, financière ou matérielle pour soulager le membre malade. L'analyse faite par Djouda (2010) reste toujours d'actualité lorsqu'il affirme que, la maladie d'un individu implique les principaux membres de son entourage socio-familial. Elle concerne aussi ses cousines, ses tantes, ses parents, ses amis et ses voisins. Ce « groupe organisateur profane de la thérapie » décide non seulement du moment où le malade doit visiter l'hôpital ou le guérisseur, mais, il joue un rôle crucial pour ce qui est de la détermination du diagnostic, de la trajectoire du malade et de la prise des décisions afférentes.

Dans un contexte où l'organisation des soins présente encore beaucoup de faiblesses pour répondre efficacement aux attentes sociales des populations dans le domaine de la santé, la famille constitue un capital économique, social, culturel pour nombre de personnes affectées par une maladie. Selon Fatouma Adam :

*La prise en charge était assurée par le Docteur. On nous donnait des médicaments et une somme de trois mille (3000) francs par jour pour la ration de chaque malade. Les parents aussi de leur côté venaient nous voir tout en nous apportant des vivres tels que le mil, la nourriture et aussi de l'argent qui a donné un montant de 25000 f au total. » ( Entretien réalisé le 07 Juillet 2021 à Bogam).*

Sur le plan économique, l'importance des investissements économiques familiaux autour du financement de la santé d'un membre n'est plus à démontrer. Ce mécanisme fonctionne véritablement sur la base du principe du « *don et du contre don* » (Mauss, 2002). Ainsi, en situation de maladie, notamment dans le cadre de pathologie chronique, les acteurs familiaux se mobilisent, faute d'un système d'assurance accessible à tout le monde pour permettre de répondre à la situation de maladie (Mimché & Djouda, 2018 : 326). La réorganisation qui s'opère dans les relations familiales [pendant la maladie du ver de Guinée] d'après Laflamme et *al.*, (2016), donne lieu à des cheminements individuels et collectifs qui transforment en profondeur la position et les rôles de chacun ainsi que la capacité de la famille à demeurer un milieu de vie et de bien-être. Il est à retenir qu'en dépit de la prise en charge gratuite de la dracunculose dans les formations sanitaires, les malades du ver de Guinée bénéficient toujours des aides multiformes de la part des membres de leurs familles. C'est ici que l'expression populaire « *la solidarité africaine* » ou encore « *c'est dans le malheur qu'on reconnaît les vrais amis* » prennent tous leurs sens. « *On a reçu la visite des parents de ma femme quand nous étions à l'hôpital à Marabé situé à 66 km de Sarh* » précise Moussa Doungouss ( Entretien réalisé le 17 Juin 2021 à Marabé / Kyabé)

### Histogramme n° 20 : Distribution des enquêtés selon le recours thérapeutique en milieu rural



Il est ressorti de l'histogramme n° 20 ci-dessus que le choix des itinéraires thérapeutiques en milieu rural est influencé par plusieurs acteurs notamment les familles, amis et les malades eux-mêmes. La famille, dans sa fonction socialisatrice, inculque aussi à ses membres des valeurs et des schèmes étiologiques qui influencent et déterminent leurs attitudes, pratiques et trajectoires thérapeutiques. Voilà sans doute pourquoi, loin d'être un « fait isolé » ou individuel, la survenance d'une maladie concerne aussi la famille ou plus largement, le réseau de supports, entendu comme l'ensemble des personnes qui entourent un individu et qui lui sont significatives (Mimché et Djouda 2018 :13). D'après Hamid Idriss, ancien malade du ver de Guinée :

*J'ai fait le ver au niveau de la cuisse gauche non loin de genou. J'ai passé vingt et cinq jours au centre de santé de liwi. La prise en charge au centre de santé est assurée par le Centre Carter. Quand j'étais au centre de santé à part le centre carter, ma tante et ma grand-mère me soutenaient par le manger (bouillie, repas), les cousins de liwi venaient me visiter aussi. Quant on m'a libéré du centre de santé, c'est mon oncle Issa Ahmat qui m'a déposé à la maison avec sa moto. ( Entretien réalisé le 06 juillet 2021 à Bogam.)*

Banata Hamadaine, l'une des victimes de la maladie du ver de Guinée confirme : « Quand j'étais là-bas ( centre de santé), je mangeais du poulet et macaroni préparés par ma grande sœur avec l'argent que Hamid nous a donnés pour la ration. C'était une somme de vingt mille francs (20.000F » ( Entretien réalisé le 07 Juillet 2021 à Bogam).

D'après les statistiques, neuf (9) personnes interrogées ont déclaré avoir choisi elles-mêmes les itinéraires thérapeutiques ; sept (7) ont avancé d'autres raisons (suivismes) ; quatre (4) enquêtés ont laissé entendre que c'est à travers les parents ; ensuite, une (1) personne a fait savoir qu'elle a choisi ses itinéraires thérapeutiques grâce aux amis.

En réalité, les membres de l'environnement socio-familial prennent également d'importantes décisions dans les choix thérapeutiques. Ceci peut-être davantage dû au fait qu'ils sont aussi, dans la plupart des cas, les personnes qui déploient les capitaux financiers, sociaux et culturels nécessaires pour une prise en charge durable du malade (Mimché et Djouda 2018 :12). Dans beaucoup de cas, les itinéraires thérapeutiques sont une reproduction des expériences heureuses ou malheureuses des membres de la parentèle, du réseau de sociabilité familiale. D'après le témoignage de Zara Idriss :

*J'ai eu à contracter le ver de Guinée suite à la consommation d'eau de mare communément appelée « Ngato ». Une fatigue généralisée m'avait envahie au début. Quelques temps après, j'ai commencé à avoir des démangeaisons qui sont suivies de brûlure qui, à son tour, est suivie d'apparition d'une ampoule. Quand l'ampoule est cassée, j'ai appuyé la plaie et j'ai vu le ver. Alors mon époux m'a conduit au centre de santé. Lorsqu'on est arrivé au centre de santé, l'infirmier a essayé d'extraire le ver mais il n'a pas pu. Il a alors fait appel à Narcisse qui était venu le soir et le lendemain, ils ont pu prélever complètement le ver. Après extraction du ver, j'ai mis six jours au centre de santé pour le pansement avant d'être libéré ( Entretien réalisé le 07 Juillet 2021 à Bogam)*

D'après Djouda ( 2010 :153 ) cité par Moustapha Nsangou (2014 : 221) :

*Nombre de malades en Afrique ne jouissent pas d'une réelle autonomie dans le choix de leur trajectoire thérapeutique. L'une des croyances encore partagées en Afrique porte sur la place insignifiante de l'individu, sur la dépendance du sujet par rapport à la conscience collective. La volonté individuelle est amoindrie par l'autorité de la communauté. L'individu est considéré comme ne pouvant se réaliser totalement ou pleinement sans la solidarité agissante de son groupe.*

#### **IV.8. Contagion collective du ver de Guinée**

Chaque maladie a ses spécificités voire son mode de transmission. Une maladie peut se transmettre dans une situation donnée à travers plusieurs mécanismes (Caprara 2000 : 22). Les maladies hydriques s'étalent par la contamination des systèmes de distribution d'eau potable par l'urine et les fèces des personnes ou animaux infectés. En effet, le ver de Guinée qui, autre fois faisait des victimes par endroit de façon individuelle et dans des circonstances

spécifiques, a subitement pris une autre tournure avec la contagion collective de plusieurs familles à Bogam dans le district sanitaire d'Aboudéïa. D'après Souleymane Abass, député de la localité : « plus de 25 ans qu'on a jamais vu une personne atteinte de ver de Guinée on était surpris vraiment surpris de l'apparition soudaine d'une vingtaine de personnes atteintes de ver de Guinée ». Le point focal ver de Guinée d'Aboudéïa, Gormo Lotouin confirme les faits en ces termes :

*Ils avaient vu le ver de Guinée depuis 1963 et depuis ce jour ils n'ont pas encore vu un autre cas de ver de Guinée et subitement ils viennent d'apprendre qu'il y'a un nombre important de cas de ver de Guinée dans leur village et la population se pose la question de savoir cette maladie est due à quoi? Les gens ont parlé que voilà c'est les nomades qui sont passés et que leurs chiens auraient entré dans leur source d'eau et ils auraient laissé cette trace de ver c'est pourquoi cette année ils ont beaucoup attrapé le ver de Guinée.*

Ainsi, à la place de « santé pour tous, le ver de Guinée est devenu maladie pour chacun dans le village Bogam (Tizio : 1997). Tout est parti d'une consommation de mares communément appelées: « Birka Bogam », « Kokoro » et « Rasalfil » qui alimentent un village de 98 ménages.

Selon les témoignages d'Abdoulaye Cheibo, agent renfort au Centre Carter qui travaille dans le village Bogam :

*Premièrement c'est un chien qui a fait le ver à Bogam, le chien a fait un gonflement comme le ver et puis le ver est sorti et comme les gens ne connaissent pas le ver de Guinée, le chien traine avec le ver dehors dans le quartier, le chien entre dans le point d'eau ou les gens boivent et puis, il circule un peu partout et quand les enfants voient le ver sur le chien, les enfants rient parce que c'est la première fois que les enfants ont vu le ver de Guinée. Mais ils ne connaissent pas que c'est le ver de Guinée. Ils pensent que c'est autre maladie. Par la suite, on a constaté beaucoup des cas dans ce village. C'est 22 cas et 2 infections à cause d'un seul chien.*

Lors d'une discussion approfondie de groupe, le chef de village d'Aboidéïa retrace la souffrance de la population en ces termes :

*Bien avant que le projet du centre carter n'arrive à Aboudéïa, les gens ont beaucoup souffert à cause de manque d'eau potable. Les gens n'ont pas d'eau potable ils sont habitués à boire l'eau de mare là seulement et l'eau de mare là partout les animaux et Hommes utilisent pour se laver et autres besoins quotidiens c'est pour cela que le ver de Guinée n'est pas éliminé, ça continue. Ils ont (les habitants de Bogam) demandé plusieurs fois à l'Etat tchadien de les aider sur le problème d'eau potable mais jusqu'à maintenant l'Etat tchadien n'a pas pensé à ce village afin de creuser des puits et forages pour la consommation d'eau potable. (extrait d'un focus group réalisé le 14 / 01/ 2020 à Aboudéïa).*

D'après l'OMS (1990 : 6) :

*Du point de vue épidémiologique et humanitaire, les villages où sévit le ver de Guinée supportent les effets de cette maladie en plus de toutes les autres conséquences de l'absence de sources suffisantes d'eau de boisson saine. Non seulement doivent-ils faire face en particulier aux maladies diarrhéiques, comme tous les autres villages sous-desservis, mais le ver de Guinée frappe aussi bien l'éducation et l'agriculture que la santé des habitants.*

Des personnes, des objets, des lieux et des situations peuvent s'imprégner, dans les circonstances, d'une valence négative et devenir potentiellement dangereux. Ou encore, lorsque des personnes saines entrent en contact avec la substance dangereuse elles risquent de se fragiliser et de tomber malades (Caprara 2000 : 10). « C'est l'eau de mare du nom « Ngato » qui a causé le ver de Guinée chez nous » a déclaré Fatouma Adam ( 35 ans ) , agricultrice de son état. « Depuis le temps de nos grands parents, on consomme l'eau de mares, même la saison pluvieuse. Pendant la saison pluvieuse, on boit deux sources d'eau notamment Ngato et diléloué » confirme Hamit Térap, agriculteur à Bogam. N'ayant aucune source d'eau potable, des familles qui se sont installées dans un champ situé à environ 10 kilomètres de leur village natal (Bogam) dans le cadre des travaux champêtres notamment la culture du sorgho appelée « bérébéré » [une culture de contre saison] ont été collectivement victimes de la maladie du ver de Guinée avec de nombreuses conséquences.

Comme souligne Ibrahim :

*Je n'ai pas labouré, mon économie est déficitaire parce que mes enfants n'ont pas travaillé cette année à cause du ver de Guinée. Moi-même, jusqu'à maintenant je suis malade mais je n'ai pas d'argent pour aller à l'hôpital. L'eau (mare) est loin et je n'ai pas d'âne pour transporter l'eau ». Puisque je suis malade, je n'ai pas la force pour travailler et les enfants sont incapables. Si je suis guéri, je pourrai le faire au cas contraire, c'est leur maman qui le fera... ; je souhaite que le programme apporte tous les moyens pour éradiquer le ver de Guinée. (Azarak Ibrahim (54 ans), entretien réalisé à Bogam, janvier 2020).*

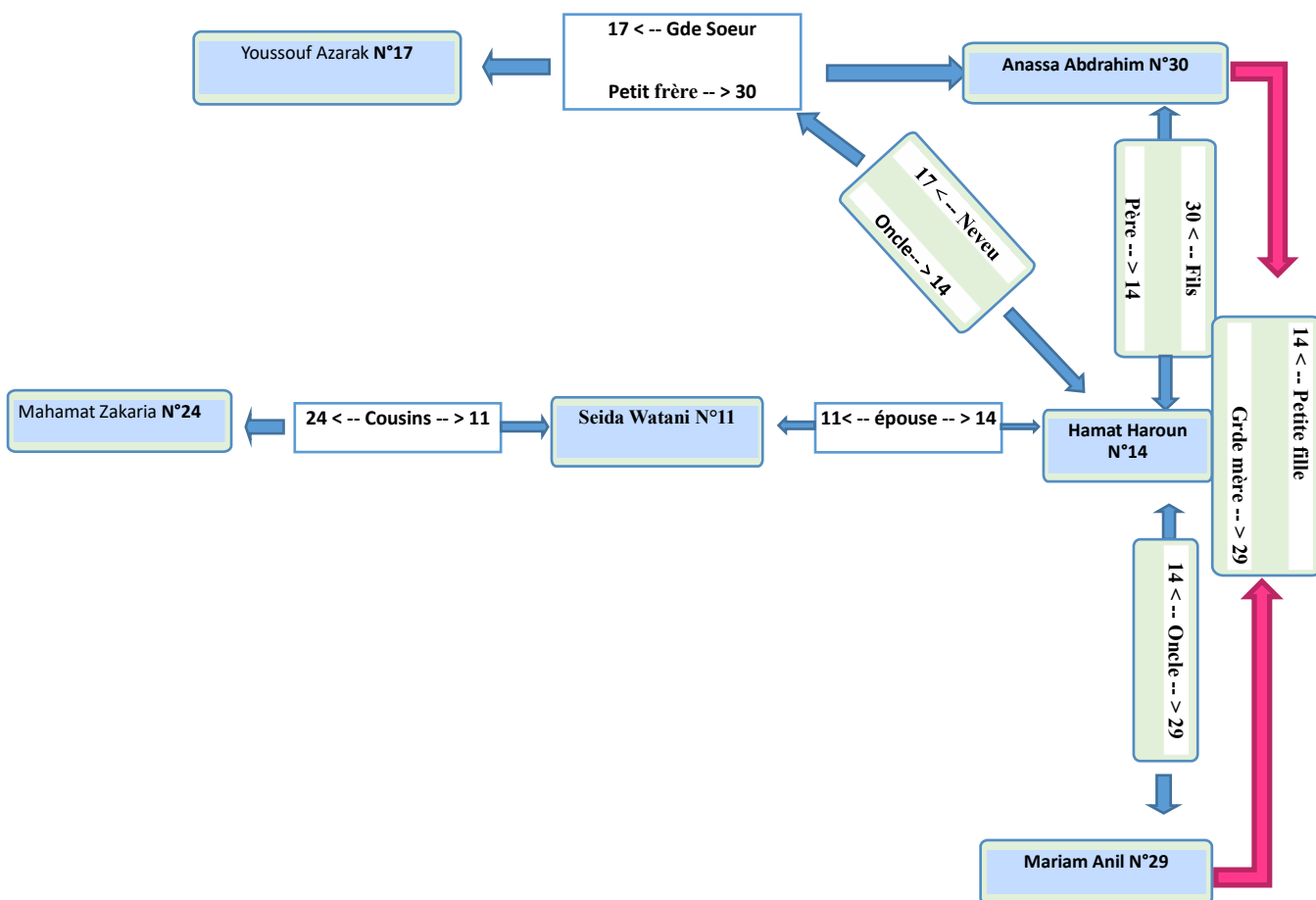
Abordant les aspects liés aux conséquences de la dracunculose, l'OMS (1990 : 3 ; 4) rappelle que :

*L'incapacité physique souvent associée à la douleur et à l'infection bactérienne secondaire peut être grave et très prolongée : on a compté en moyenne cinq semaines dans une étude et cent jours dans une autre. Une incapacité physique permanente à la suite de l'infection surviendrait dans 0,5% des cas environ généralement à cause de blocages articulaires ou de contractures. La dracunculose a des effets sociaux et économiques considérables à cause de l'incapacité temporaire qu'elle provoque chez un grand nombre de sujets à une période critique de l'année. L'infection frappe surtout la population active de 15 à 55 ans. Elle est souvent saisonnière avec une prévalence maximale au moment de l'année où certains villageois doivent s'occuper des plantations (au début de la saison des pluies) ou de la récolte (au début de la saison sèche). Les taux de*

prévalence dans beaucoup de communautés africaines dépassent souvent le tiers de la population totale d'un village. Ces dernières années, les chercheurs ont fait de nombreuses observations concernant les effets de la maladie sur l'absentéisme scolaire, sur la capacité des parents de s'occuper des jeunes enfants et notamment de les faire vacciner, ainsi que sur la production agricole. Une étude appuyée par l'UNICEF dans une zone du sud-est du Nigéria peuplée de 1,6 million d'habitants a évalué à plus de 20 millions de US \$ (dollar) par année le manque à gagner dû à la dracunculose dans la riziculture.

La contagion constitue une catégorie transversale qui lie la maladie d'une part à l'organisation sociale et d'autre part aux valeurs culturelles d'une communauté particulière. (Caprara 2000 : 17). Devant le mal contagieux, le sociologue est tenté lui aussi d'analyser « les réalités de l'humanité souffrante », de dénoncer les fauteurs de troubles biologiques, et peut-être d'éprouver de la haine pour ce mal polymorphe, si meurtrier dans l'histoire (Fabre 1998 : 2). Le schéma ci-dessous explique davantage la contagion collective du ver de Guinée à Bogam à Bogam.

**Schéma n° 2 : Contagion collective du ver de Guinée à Bogam / ABoudéïa**



Source : PNEVG, 2020



Il est ressorti du schéma n° 2 ci-dessus que le ver de Guinée a fait des victimes dans le village Bogam à cause de mares ( Birka Bogam ; Rassafil ; Kohokoro, Angato ) polluées. En effet, plusieurs familles dans le village Bogam ont consommé des sources d'eaux contaminées par les larves du ver de Guinée sans aucune mesure préventive notamment l'utilisation des filtres à eau. Des cousins, fils, pères, maris, oncles, grand-mères, sœurs, ont été collectivement atteints par la maladie du ver de Guinée à cause de l'ignorance couplée à la pauvreté. Le secrétaire général du département d'Aboudéïa retrace la contagion collective de la maladie du ver de Guinée à Bogam en ces termes :

*Nous étions vraiment surpris d'avoir ce nombre de cas sinon par le passé on nous faisait savoir des cas isolés 1, 2, 3 comme ça mais ce n'est pas à Bogam c'est ailleurs vers Amhabilé tout au long de mare comme ça. Et c'est ça qu'on entendait souvent et quand les services sanitaires nous envoyaient les cas et nous on ne manquait pas de relayer l'information puisque c'est un problème de santé publique, le gouvernement ne peut pas rester les bras croisés c'est ainsi que si ya un cas d'une maladie qui se déclenche ou qui est signalé dans le département nous, on remonte l'information à la hiérarchie. Donc on fait des rapports soit on fait des fiches, soit on introduit des demandes comme ça. C'est ainsi que l'information remonte. Alors le cas de Bogam là c'était le centre carter c'est le responsable qui est à Am-timan qui coiffe toutes la province et qui est dans ses recherche, autres avait fait des investigations et ont découverte donc ils ont enregistré plusieurs cas et ils nous ont signalé aussitôt que voilà ya des cas suspect de ver de Guinée et pour avoir des confirmations il faut qu'il envoie ça au labo pour la confirmation c'est ainsi qu'il ont envoyé des prélèvements et c'est confirmé c'était une surprise d'avoir dix quelques, vingt quelques cas dans un petit village ça nous à inquiéter et on a tenu une rencontre d'information sous forme d'atelier c'était comme ça qu'ils nous ont expliquer et donner aussi les cas. Aussitôt j'ai réagi j'assurais l'intérim tout seul j'avais réagi. J'avais 2 ou 3 fiches : Une fiche au Gouvernement et une fiche au Gouverneur pour remonter l'information par le canal de notre de notre Ministère et le Gouverneur vas diphasée aux responsables des parcs de Zakouma et autre fiche pour le Ministre de la santé. C'est ainsi que la réaction du centre a été immédiat et ils ont créé l'unité a Aboudéïa qui est charger: de sensibiliser la population, faire des recherches pour trouver des nouveaux cas. Et le centre carter qui à un petit poste au centre ici et il s'est installé aussitôt et l'information est partie aussitôt et ils sont venus travailler aujourd'hui donc au niveau de l'autre là. D'après l'atelier on nous a fait savoir que c'est une maladie qui se transmet surtout toujours par le canal de l'eau. C'est ainsi que nous on s'est rendu compte que c'est dans cette zone que les gens consomment l'eau de la mare puisqu'ils ne disposent pas d'eau potable pour plusieurs raisons que je vous ai évoqué tout a l'heure c'est le problème de socle c'est une zone de socle donc ce n'est pas facile de faire de forage ( Entretien réalisé le 18 /01/2020 à Aboudéïa).*

**Photo n° 22: Famille victime de la dracunculose à Bogam / Aboudéïa, dans la délégation sanitaire du Salamat**



**Source : Enquête de terrain, janvier 2020**

L'observation attentive de l'image ci-haut montre une femme et ses enfants victimes collectives de la maladie du ver de Guinée. En effet, partageant trois sources d'eau polluées avec leurs bêtes notamment ânes, moutons, cabris, etc., les habitants du village Bogam déjà vulnérables à tous les niveaux (le village ne dispose ni d'un centre de santé, ni d'une école voire un marché) ont vu leurs travaux agricoles ralentis à cause de la contagion collective du ver de Guinée. D'après Fatoumata Adam, mère des enfants victimes du ver de Guinée :

*La famille a contracté la maladie de ver de Guinée après consommation de l'eau de mare appelée Ngato. C'est moi-même qui suis allée puiser. Tout le monde en a consommée et cinq personnes parmi les huit que compte la famille ont fait le ver et je suis de ceux qui n'ont pas fait et je ne sais pas pourquoi comme c'est l'œuvre de Dieu. La première personne à faire le ver c'est ma fille SEIDA, suivie de Fanné, ensuite Hiloua et Fayza et le dernier c'est Fadil qui lui seul a fait quatre fois le ver. Au début, les enfants avaient des démangeaisons et je l'ai informé à Issa qui les a conduites au centre de santé de Liwi c'était Fayza et Hiloua. En ce temps, Seida, la grande sœur avait déjà fait le ver et est hospitalisée avant elles. Quand Issa me les a déposée, je me suis retrouvée avec trois enfants*

*malades de ver de Guinée. Une fois que les enfants sont déposés au centre de santé, l'infirmier a appuyé leur plaie et a prélevé les vers. La prise en charge était assurée par le Docteur. On nous donnait des médicaments et une somme de trois mille (3000) francs par jour pour la ration de chaque malade. Les parents aussi de leur côté venaient nous voir tout en nous apportant des vivres tels que le mil, la nourriture et aussi de l'argent qui a donné un montant de 25000 f au total. Les deux autres enfants m'ont rejointe au centre de santé après avoir, à leur tour, fait le ver. Pendant ce temps la grande sœur Seida est libérée suivie de Fayza et Hiloua. J'ai passé environ trois mois avec mes enfants au centre de santé avant de rentrer. Quand on était au centre de santé, mon fils Abdoulaye appuyé de certains parents travaillait dans le champ. Malheureusement, le rendement n'était pas bon. Conséquence, la maladie du ver de Guinée. C'est dans ce sens que Narcisse nous disait que cette maladie est appelée « maladie du grenier vide ». Quand les enfants sont libérés, nous avons payé le mototaxi pour les déposer. Etant donné qu'elles ont été libérées différemment, le transport a coûté 2000f pour chacune. Mon fils Fadil c'est l'Abdoulaye (AR) qui l'a déposé. Au sortir du centre de santé, l'infirmier nous a dit de bien filtrer l'eau avant de boire et aussi bien cuire le poisson avant de manger et c'est ce qu'on fait mais je ne sais pas comment Fadil a fait encore le ver jusqu'à quatre fois. ». ( Entretien réalisé le 07 Juillet 2021 à Bogam).*

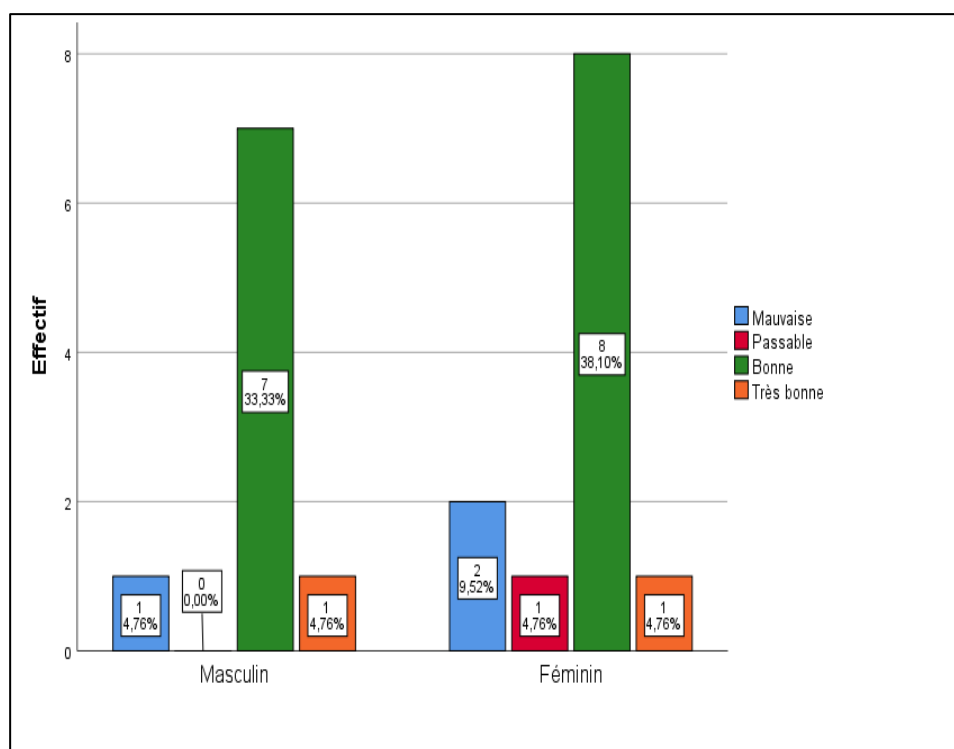
#### **IV.9. Offres des soins relatifs à la prise en charge du ver de Guinée**

L'offre est l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé (Kibalonza : 2007). Ensemble des infrastructures et installations de Santé (fixes et mobiles), relevant du secteur public et du secteur privé, des ressources humaines qui leurs sont affectées, ainsi que des moyens mis en œuvre pour produire des prestations de soins et des services afin de répondre de façon optimale aux besoins de Santé des individus et des collectivités ( Ministère Marocain de la santé ; Article 09 de la Loi cadre 34-09). La prise en charge de la maladie du ver de Guinée se fait généralement dans les structures sanitaires des zones endémiques. En effet, le traitement est un long processus douloureux consistant à retirer le ver émergeant en l'enroulant dans une compresse ou autour d'un petit bâton, quelques centimètres par jour, en combinaison avec le traitement des lésions et la mise en place d'onguents antibiotiques pour prévenir les infections bactériennes. Des victimes identifiées sont orientées par les agents de terrain vers les hôpitaux pour des soins appropriés jusqu'à la guérison complète. Selon les exigences de l'OMS, les malades du ver de Guinée sont pris gratuitement en charge durant leur séjour dans les formations sanitaires. Les propos ci-après confirment la prise en charge gratuite du ver de Guinée : « *Je n'ai rien pris comme remède dès que le ver commence à émerger. J'ai fait directement à Liwi dans un centre de santé. C'est là-bas que l'infirmier m'a donné les médicaments* ». (Fatoumata ; entretien réalisé le 15 /01/2020 à Bogam). Il est

observé des difficultés d'ordre techniques dans certains centres de santé des zones endémiques où les victimes du ver de Guinée sont admises.

Contrairement aux normes voulues par l'OMS, les systèmes de santé africains n'ont pas vu se développer en quantité et en qualité suffisante, des installations, des biens, des services ainsi que des programmes fonctionnels scientifiquement et médicalement appropriés et accessibles à tous du point de vue économique, social et culturel. Nombre de pays africains continuent de faire gravement face au manque de facilités physiques, d'équipements, de ressources humaines ou d'infrastructures organisationnelles ; ce qui affecte la qualité des services, les questions de diagnostic, de traitement, de prévention sanitaire, d'éducation des patients, etc. Ces faiblesses notoires n'ont pas permis de garantir de meilleurs effets des soins de santé auprès des patients ou des populations qui développent des perceptions très contrastées et divergences autour de leurs satisfactions ou insatisfactions (Djouda et *al.*, 2015 : 18 ; 19).

**Histogramme n° 21 : Appréciation de la prise en charge du ver de Guinée selon le sexe en %**



En observant attentivement l'histogramme ci-dessus, la prise en charge de la maladie du ver de Guinée est appréciée par les enquêtés de deux sexes. Ceci s'explique non seulement par son caractère gratuit mais également l'assistance financière (une somme de 3000F par jour) offerte par le PNEVG aux malades durant leur séjour dans les centres de prise en charge.

D'après les données ci-haut, 38,10% des femmes et 33,33% d'hommes interrogés ont déclaré simultanément que la prise en charge du ver de Guinée est bonne.

#### **IV.10. Demande des soins et observance thérapeutique des communautés**

##### **IV.10. 1. Demande des soins**

La santé, comme composante du capital humain, est l'un des secteurs fondamentaux de développement et de croissance de toute économie et qui reste au centre des préoccupations des pouvoirs publics. La santé est au cœur du bien-être et une condition préalable à un développement réussi (Adaskou et *al.*, 2021). L'Organisation Mondiale de Santé (OMS), l'agence des nations unies concerné par les questions de santé mondiale, a défini la santé comme un état de bien-être physique, mental et social complet et non seulement l'absence de maladie et d'infirmité (OMS, 1947). La notion générale de demande de santé fait intervenir les concepts de besoin, demande et utilisation des services de santé. La détermination de ces besoins est fondée sur l'identification des facteurs déterminants de demande de soins.

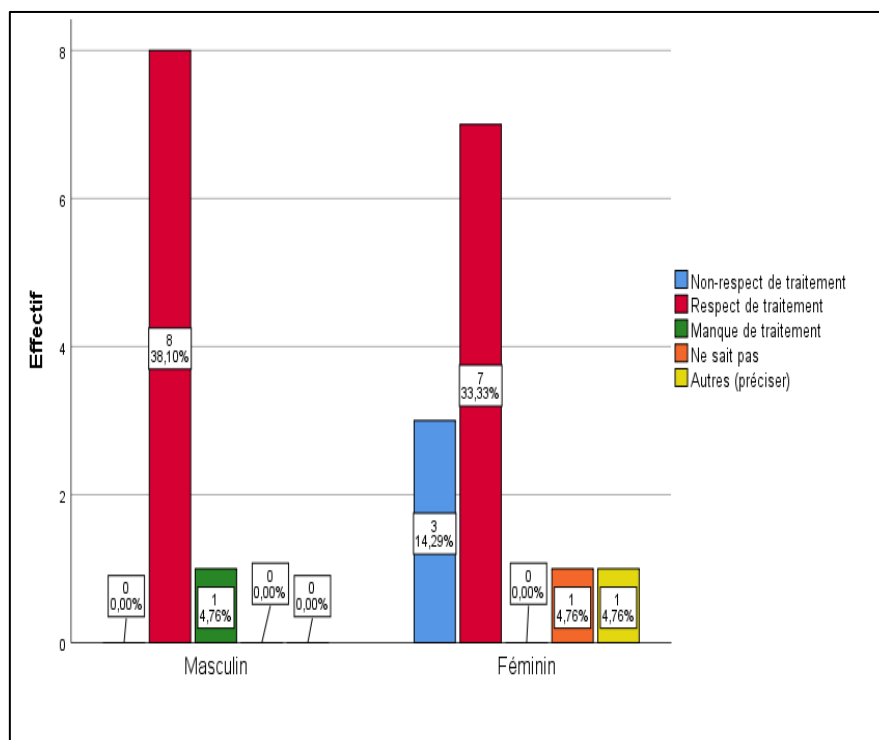
Face à la maladie et souffrance [du ver de Guinée], tout patient recherche un soulagement. C'est le comportement logique et habituel de tout un chacun ayant formulé une demande de soins. Manifestement le ver de Guinée cause des douleurs (démangeaison, brûlure, gonflement, plaie...) atroces chez les victimes et nuit à leur santé. Face à cette expérience sensorielle et émotionnelle, seuls les soins appropriés sont susceptibles d'atténuer les douleurs. Dans leur quête de santé, les malades du ver de Guinée font beaucoup plus recours à la médecine conventionnelle avec l'appui des agents déployés sur le terrain. Il est à préciser que dans les zones qui ne sont pas couvertes par le programme, l'extraction du ver de Guinée se fait à la maison de manière traditionnelle. L'extraction traditionnelle du ver (enroulement du ver autour d'un bâtonnet en 1 à 4 semaines) y est toujours utilisée mais expose à certaines complications (rupture ou surinfection).

##### **IV.10. 2. Observance thérapeutique**

En effet, la question liée à l'observance thérapeutique est une décision du patient vis-à-vis de sa santé car, le patient peut choisir de prendre ou non son traitement. L'action de délivrer un médicament a toujours été un acte altruiste qui vise à améliorer l'état de santé d'un autre. Cependant, l'individu adopte d'après Kleinman (1980), un comportement de prévention ou observe un comportement de soin s'il est conscient de la gravité du problème, s'il se sent concerné, si le comportement à adopter présente pour lui plus d'avantages que

d'inconvénients et s'il croit qu'il est capable de le réaliser. La santé du patient dépend du bon fonctionnement du système de soins et de facteurs exogènes. Parmi ces derniers, certains sont individuels : culturels, socio-économiques ou liés aux comportements des individus, d'autres sont plus collectifs et notamment environnementaux. Au sujet de l'observance thérapeutique, Louchez (2017 : 14) met en garde les professionnels de la santé en ces termes : « *le médecin doit savoir que les patients mentent souvent lorsqu'ils disent suivre leurs traitements* ».

**Histogramme n° 22 : Observance des médicaments ou du traitement selon le sexe en %**



Il est ressorti de l'histogramme n° 22 ci-dessus que l'observance thérapeutique face à la maladie du ver de Guinée est effective chez les personnes interrogées. En effet, 38,10% des hommes et 33,33% des femmes ont conjointement affirmé avoir respecté le traitement contre le ver de Guinée. Plusieurs raisons peuvent être avancées, déjà, il faut souligner que la prise en charge du ver de Guinée se fait uniquement dans les centres hospitaliers sous les regards du corps soignant afin d'éviter toute contamination des sources d'eaux. La peur de voir la plaie se réinfectée. Le suivi scrupuleux des malades par les agents de santé et les conseils des parents et entourages seraient à l'origine du respect des prescriptions médicales.

#### **IV.11. Accessibilité (géographique, économique, socioculturelle...) aux soins contre le ver de Guinée**

Les sociétés développées font de la réduction des inégalités un souci permanent. Dans le cadre particulier de la santé et plus particulièrement de l'accès et de l'accessibilité aux services sanitaires (Bonnet 2002). Accessibilité, selon Picheral (2001) cité par Bonnet (2002), c'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance / temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque.

##### **IV.11. 1. Accessibilité géographique**

L'accès aux soins est une dimension importante de lutte contre la maladie, car les services sanitaires jouent un rôle de guérison, voire de prévention. Mais cet accès est souvent asservi à plusieurs contraintes dont par exemple, l'accessibilité géographique (Alphousseyni et al., 2015 :1). Si en milieu urbain des efforts ont été faits pour améliorer l'accessibilité géographique aux structures sanitaires, il est observé dans le monde rural l'absence des centres de santé pour assurer les soins primaires des communautés rurales. De manière globale, l'accès aux structures sanitaires est loin d'être une réalité en milieu rural tchadien. Pour se rendre dans un centre de santé, les personnes malades [du ver de Guinée] doivent parcourir une longue distance avec tous les risques possibles. A ce sujet, l'analyse faite par le collectif Djouda et al., (2019 : 49) à propos d'accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural camerounais demeure toujours une référence lorsqu'ils affirment que : « *pour atteindre le centre de santé [Ouro-Zangui, Ouro-Labbo / Nord Cameroun], il faut parcourir 10 à 15 km, sur des pistes impraticables à cause de la boue et de la poussière pour atteindre un centre de santé le plus proche* ». Ce phénomène est observé en milieu rural tchadien dans

les villages endémiques du ver de Guinée notamment Bogam, Dangalakanyan, Baingara, Doguigui et Gentile (districts sanitaires d'Aboudéïa, Bouso et Kyabé). D'après Kaddar (2000 : 905), « *en Afrique subsaharienne, l'accessibilité aux soins reste faible, en particulier en zone rurale* ». Le développement du secteur de la santé en Afrique au sud du Sahara est une préoccupation majeure. Car, plus de cinquante années après les indépendances, l'objectif d'une santé pour tous reste loin un rêve inaccompli (Mouliom et Batibonak 2018 : 26).

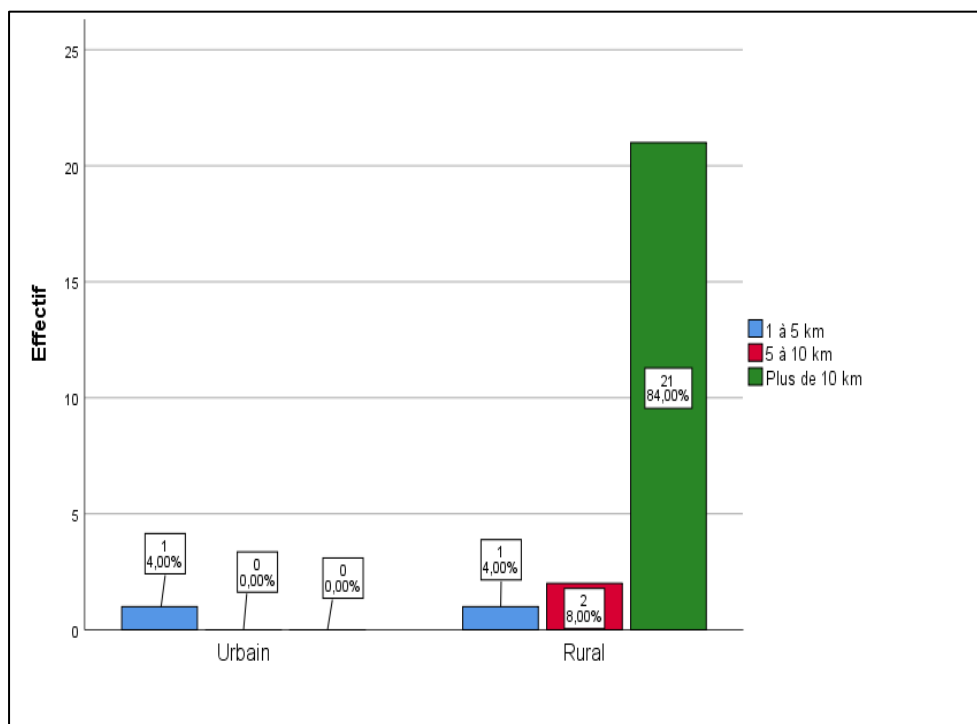
Il ya également le manque des médicaments nécessaires, le plateau technique de manière globale ne permet pas d'assurer les premiers soins dans la plupart des villages parcourus laissant les populations rurales dans la désolation totale en dépit des traités et accords internationaux sur la santé approuvé par le Tchad notamment Alma Ata (1978), Ottawa (1986) et Bamako (1987) etc. La résolution des questions d'accessibilité aux soins de santé dans divers contextes est restée de loin d'une réelle prise en compte des facteurs prédisposant (variables démographiques, structures sociales, valeurs et croyances...) des facteurs de capacité (revenu, assurances, disponibilité et accès aux sources, cadre ou lieu de vie...) et des facteurs déclenchants (gravité perçue de la maladie ou des symptômes, distance perçue des lieux de soins, etc.) (Djouda et *al.*, (2015 :18 ; 19). Etablir un système de soins médicaux gratuits n'assure pas nécessairement que les pauvres fréquentent les unités de santé, en particulier si l'éloignement et les obstacles d'ordre culturel ou religieux sont dissuasifs (Kaddar 2000 : 915).

D'après Minsanté ( 2009) cité par Moustapha Nsangou ( 2014), souligne en contexte camerounais que, l'accessibilité physique aux soins de santé demeure insuffisante malgré des grands efforts de création, de construction / équipement des formations sanitaires et l'existence désormais d'un document de stratégie nationale de technologie de la santé. Ceci est dû notamment à une inégalité de leur répartition, elle-même conséquente à l'inexistence d'une carte sanitaire nationale, à la vétusté de la plupart des infrastructures et équipements et à l'insuffisance de leur maintenance.

L'histogramme ci-dessous illustre parfaitement le calvaire des communautés rurales en matière d'accès aux structures sanitaires.



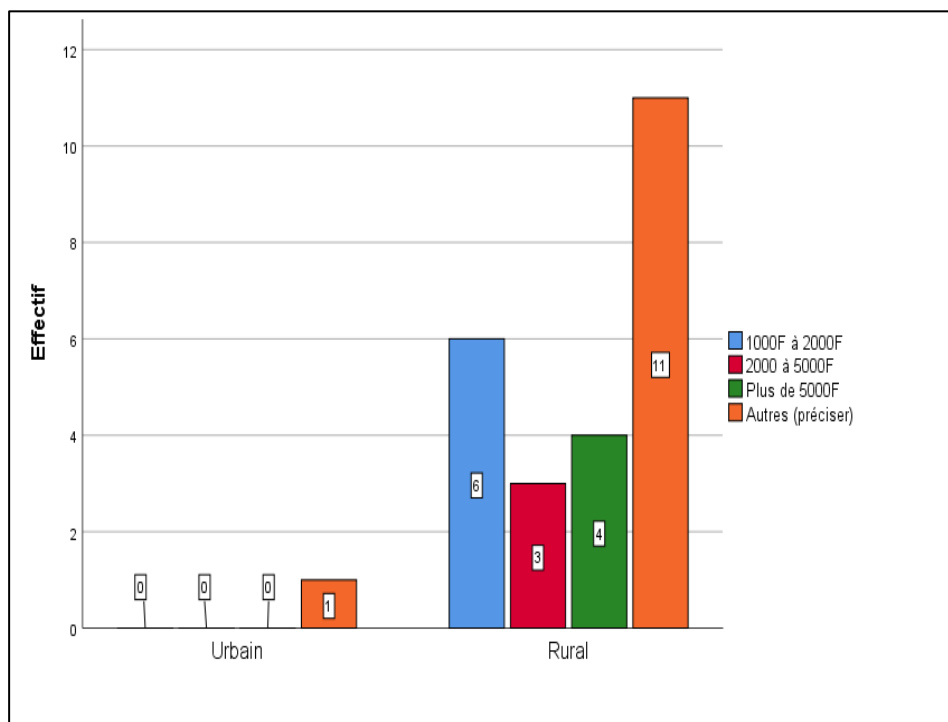
**Histogramme n° 23 : Répartition des enquêtés selon la distance parcourue dans les zones endémiques de dracunculose pour atteindre les centres de santé**



Selon les personnes interrogées, la distance parcourue pour atteindre les centres de santé en milieu rural est un obstacle à la prise en charge de leur maladie. D'après les données de terrain, 84,00 % des enquêtés ont déclaré qu'ils parcourent plus de 10 km pour se rendre dans les structures sanitaires. Les difficultés liées aux transports et distances sont susceptibles de favoriser non seulement la pratique d'automédication mais aussi le recours à la médecine traditionnelle voire les « nouveaux sauveurs d'âmes » dans les zones isolées. L'accès difficile aux centres de santé a un impact considérable sur la prise en charge des malades. En dépit des conditions difficiles d'accès aux structures sanitaires que font face les communautés rurales, d'autres facteurs importants notamment le manque des structures éducatives viennent s'ajouter à leurs souffrances. A ce sujet, Homiengnon et *al.*, (2016) ont souligné en contexte ivoirien en ces termes :

*L'accès des populations rurales de la zone dense de Korhogo aux soins de santé est donc limité par la faible couverture spatiale de ladite zone en routes de bonne qualité. Cette situation est rendue difficile par l'absence d'ambulances en milieu rural pour évacuer, en cas d'urgence, les malades vers les centres de santé urbains plus équipés. Le recours aux moyens de transport notamment les taxis-brousse, les taxis-motos ou les tricycles, moins confortables, met en danger les malades aux cours des évacuations sur des routes en général dégradées. Par ailleurs, le faible accès aux soins de santé s'explique par l'insuffisance d'équipements et de personnel.*

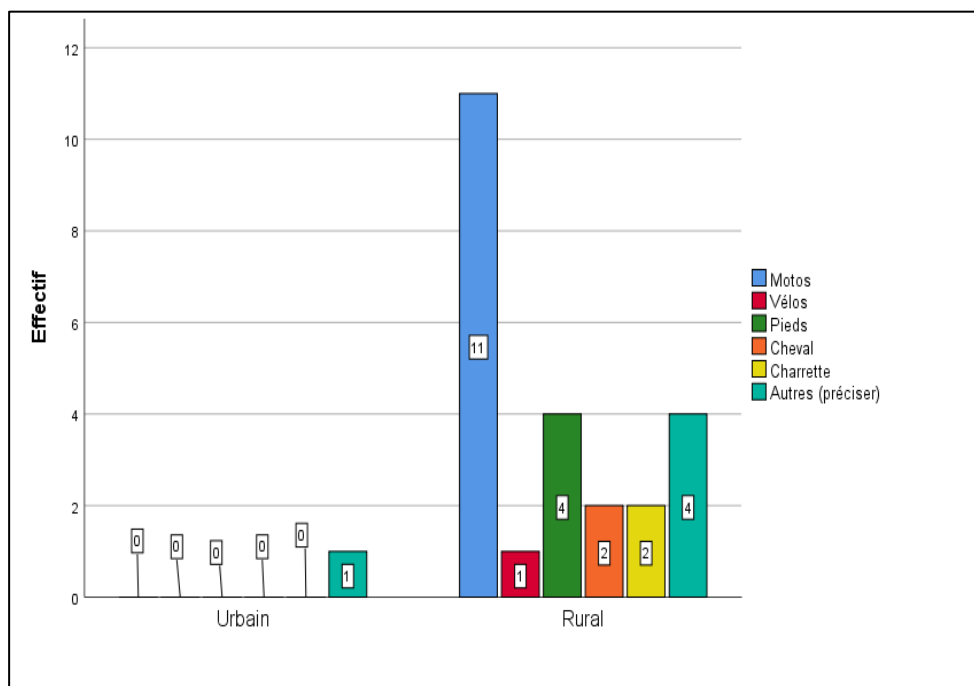
**Histogramme n° 24 : Dépenses nécessaires pour arriver au centre de traitement selon le milieu de résidence**



L'observation de l'histogramme n° 24 ci-dessus a permis de confirmer effectivement que l'accès aux structures sanitaires en milieu rural pose problème aux communautés rurales doublement vulnérables. Pour atteindre les centres de santé des sommes ont été dépensées par la plupart des personnes des zones rurales. D'après les données ci-haut, les enquêtés ont déclaré avoir utilisé autres moyens (déplacement à pieds) pour se rendre dans une formation sanitaire. Cinq (05) personnes parmi les enquêtés ont déclaré avoir dépensé entre 1000 fcfa à 2000 fcfa pour se rendre dans un centre de santé à partir de leur domicile. « Pour le déplacement, nous avons emprunté les mototaxis. C'est Issa Ahmat qui nous a déposés au centre de santé et pour le retour c'est Djiddo Moussa. Tous deux ont reçu chacun une somme de 3000F ». Confirme Fanné Haroun.

Toujours selon les données mobilisées, 04 personnes interrogées ont confirmé qu'elles ont dépensé une somme entre 2000f cfa et 5000F pour se rendre dans les structures sanitaires. Ensuite, 04 personnes ont laissé entendre que pour atteindre le centre de santé, elles ont dépensé plus de 5000fcfa. « Après ma sortie d'hospitalisation, j'ai payé 2000F à Zakaria Mahamat, qui m'a ramenée à la maison à moto ». laisse entendre Seida Hazarack, victime de la maladie du ver de Guinée.

**Histogramme n° 25 : Moyen de déplacement utilisé du domicile au centre de traitement selon le milieu de résidence**



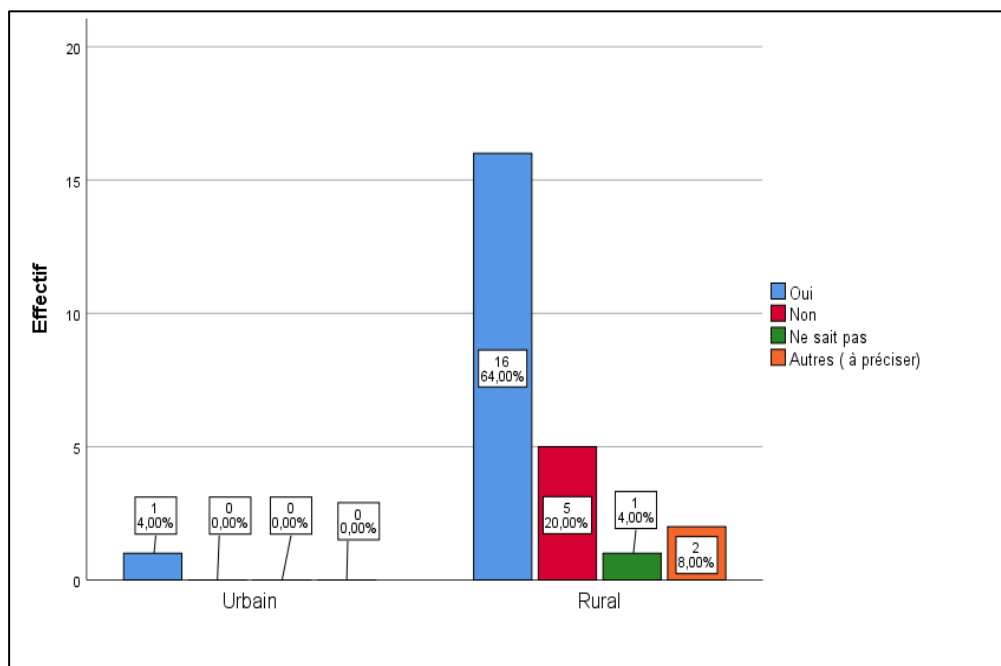
Etant donné que les communautés rurales doivent parcourir une longue distance (15 à 30 km) pour se rendre dans les structures sanitaires, elles sont obligées de faire recours à tous les moyens disponibles notamment, pieds, motos, vélos, cheval, charrue, etc. Au terme des statistiques présentées dans l'histogramme n° 25 ci-haut, les personnes interrogées en milieu rural ont déclaré qu'elles ont utilisé la moto comme moyen de déplacement pour atteindre le centre de santé. Les données ont indiqué également que les enquêtés ont atteint les centres de santé à travers la marche (pieds) comme le confirme Hamid Idriss :

*J'ai eu à boire l'eau de mare du nom Djiléloué que ma maman a puisée. j'ai commencé à sentir des symptômes quatre à cinq jours après. Je sentais la fièvre et la brulure ensuite il ya eu gonflement de la partie malade finalement une ampoule est apparue. Quelques jours après, l'ampoule est cassée. Quand l'ampoule est cassée, j'ai informé mon papa et lui a montré la plaie. Mon père ignorant de quoi il s'agit m'a demandé d'aller au centre de santé de Liwi à plus de 15 km d'ici. Nous étions partis en groupe et à pied avec d'autres personnes malades du ver de Guinée. (Entretien réalisé le 07 Juillet, 2021 à Bogam).*

Certains ont affirmé avoir utilisé autres moyens pour se rendre à l'hôpital. Il ya également les enquêtés qui ont utilisé la charrue et deux autres le cheval. Tous les différents moyens utilisés par les communautés rurales pour se rendre dans les formations sanitaires sont dus à l'éloignement des centres de santé. Les questions d'accessibilité géographique ne sont pas faciles à résoudre en milieu rural où les principaux moyens de transport restent la

marche, le vélo, la moto et le chameau/bœuf. Avec ces moyens de transport bien précaires, il n'est pas possible pour une personne en situation critique d'atteindre rapidement le centre de santé pour ses soins (Djouda et *al*, 2019 : 49). L'accès difficile aux centres de santé a un impact considérable sur la prise en charge des malades.

**Histogramme n° 26 : Impact de la distance parcourue comme obstacle à la prise en charge en milieu rural**



Selon les personnes interrogées, la distance parcourue pour atteindre les centres de santé en milieu rural est un obstacle à la prise en charge de leur maladie. D'après les données de terrain, 64% des enquêtés ont déclaré que la distance parcourue agit négativement sur leur prise en charge. Ces difficultés liées aux transports et distances sont susceptibles de favoriser non seulement la pratique d'automédication mais aussi le recours à la médecine traditionnelle voire les « nouveaux sauveurs d'âmes » dans les zones isolées. Dans une analyse portant sur l'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire), Kouadio (2010), a souligné que, la distance, le mauvais état des routes, la rareté des véhicules de transport, la paupérisation des populations et la faiblesse des économies locales sont généralement les facteurs qui entravent l'accès des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou.

#### **IV.11. 2. Accessibilité financière**

L'accessibilité financière est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente deux dimensions matérielles et sociales. L'accessibilité

est donc un déterminant de santé et par ailleurs un éventuel facteur de risque (Bahati 2010). En effet, si la maladie du ver de Guinée est prise gratuitement en charge ce n'était pas le cas pour d'autres maladies notamment le paludisme, la typhoïde et bien d'autres maladies hydriques qui sévisent dans les zones endémiques. N'ayant pas des ressources financières pour leur permettre de se soigner, les communautés des zones rurales ont du mal à se faire soigner dans les formations sanitaires qui, d'ailleurs, sont éloignées de leurs localités. Les ménages sont incapables d'effectuer des dépenses nécessaires en cas des maladies. La pauvreté est toujours décrite comme un facteur limitant l'accès des populations rurales dites les plus démunies aux soins de santé modernes. L'obstacle économique est souvent appréhendé comme une situation d'iniquité dans l'accès aux soins formels ( Sidbéwendin 2016). Dans une étude en contexte africain, Ridde & Giraud (2004) cité par Wamba (2015), notent, dans le cas de l'accessibilité économique, que les frais aux usagers représentent une barrière à l'utilisation des services pour les pauvres, et que 5 à 30% de la population indigente est incapable de payer les frais médicaux et n'accède pas aux soins. Pour augmenter le degré d'accessibilité aux soins, les politiques de santé de différents pays ont pris la résolution d'exempter les pauvres des frais médicaux ( Witter, Armar-klemesu & Dieng, 2008 cité par Wamba (2015).

Au Tchad, le gouvernement a instauré dans le cadre de sa politique sociale, la gratuité des soins d'urgences chirurgicales, gynéco-obstétricales et médicales. Par une note, le ministère de la Santé publique rappelle au respect strict de cette décision dans les établissements sanitaires publics. L'initiative de la gratuité des soins a été prise par le ministère de la Santé publique en décembre 2007. L'objectif est de permettre l'accès facile aux soins médicaux de la population. Une gratuité qui concernait au départ les hôpitaux. En 2015, elle s'est étendue aux centres de santé publics et confessionnels, ainsi qu'aux garnisons militaires (Pamgue 2012).

#### **IV.11. 3. Accessibilité sociale, culturelle**

Les déterminants de recours aux soins ont été longtemps évalués à l'aune de l'accessibilité culturelle et de l'accessibilité économique. Ces deux formes d'accessibilité sont considérées comme deux principaux facteurs limitant ou favorisant l'accès aux soins. Par accessibilité culturelle, on doit connaître les caractéristiques socioculturelles, le respect des coutumes, la religion etc., (Bahati 2010). Les travaux d'anthropologie médicale soulignent d'ailleurs leur importance au niveau des processus qui conduisent aux décisions d'utilisation des ressources de soins disponibles (Wamba 2015). En milieu rural, des itinéraires

thérapeutiques pluriels concourent aux soins des populations en cas des maladies. La culture a une vaste influence sur la santé. Elle colore la perception de la santé, de la maladie et de la mort, les croyances sur les causes des maladies, les approches envers la promotion de la santé, l'expérience et l'expression de la maladie et de la douleur, les lieux où les patients se tournent pour obtenir de l'aide et le type de traitement que les patients préfèrent.

#### **IV.12. Pratiques et itinéraires thérapeutiques des malades et communautés**

Les itinéraires thérapeutiques représentent l'ensemble des parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent (Elanga 2017). La complexité des itinéraires thérapeutiques des personnes malades trouve principalement son origine d'après Senou (2002) dans l'extrême mobilité des personnes qui, pour un même épisode de maladie, utilisent le plus souvent plusieurs formes de thérapies et de ressources de santé. Le ver de Guinée déforme, rend handicapé et cause des monstruosité chez les victimes. Ces torts causés par le ver de Guinée sur les corps humains poussent les communautés malades à faire recours à d'autres interprétations donc des traitements pluriels chez divers acteurs pour la restauration de leur santé. Face à ce contexte, les malades et leurs réseaux de support empruntent des trajectoires thérapeutiques davantage parallèles, informelles, clandestines, familiales, traditionnelles ou non conventionnelles (Djouda et al.,2015). D'après De Rosny (1992 :44) :

*On commence par se présenter à l'hôpital, pour se rendre bientôt chez le ngang, sans négliger les cérémonies d'église, dans l'ordre ou le désordre. Les responsables de la santé publique aussi bien que les ngang se plaignent de l'instabilité de leurs patients. Quand la guérison tarde à venir, il est souvent difficile de convaincre les malades et leur famille de patienter, avant de s'adresser à un autre type de médecine. La confusion est plus grave encore lorsque les malades absorbent des médicaments achetés dans une pharmacie pendant leur séjour chez le ngang et à son insu, ou inversement s'ils font venir au chevet de leur lit d'hôpital un ngang<sup>15</sup>, parfois un personnage douteux, pour renforcer le traitement prescrit par le médecin.*

Les données présentées ci-dessous permettent de bien cerner les motivations et raisons du choix (individuel ou collectif) des itinéraires thérapeutiques par les communautés rurales.

---

<sup>15</sup> Le terme « Nganga » utilisé ici est, l'un des noms les plus courants des langues bantoues, employé de Douala au Caps pour désigner les féticheurs ou charlatans. De Rosny Eric., l'Afrique des guérisons, Paris : Les éditions Karthala, 1992, 223 pp. Collection : Les Afriques.

## **IV.13. Maladie du ver de Guinée, stigmates, image de soi et recours au traitement**

### **IV.13.1. Maladie du ver de Guinée**

La dracunculose participe à un cycle continu de pauvreté et à une stigmatisation qui empêchent des dizaines de millions de personnes de travailler, d'aller à l'école ou de participer à la vie familiale et sociale.

### **IV.13.2. Stigmates**

La stigmatisation se définit comme un processus social conduisant à la dépréciation d'un individu (Philippe, 2004). Goffman (1975) distingue deux identités sociales qui, dans leur contradiction, sont à l'origine du stigmaté : Identité sociale virtuelle (caractère "en puissance" attribué à l'individu), Identité sociale réelle (catégories et attributs dont on pourrait prouver que l'individu les possède en effet). Le stigmaté est en fait un désaccord entre ces deux identités, jetant sur l'individu un discrédit. D'après Goffman, chaque individu est plus ou moins stigmatisé en fonction des circonstances [dracunculose], mais certains le sont plus que d'autres.

Considéré comme maladie des personnes vivant dans la pauvreté d'une part et de la honte d'autre part, le ver de Guinée a fait parler de lui en milieu rural à cause des cicatrices laissées sur les corps des victimes dans les zones endémiques. Dans les années 1990 ou l'extraction du ver se faisait uniquement de manière traditionnelle au niveau des villages endémiques, les personnes malades étaient généralement stigmatisées voire marginalisées par les communautés. La majorité des victimes se cachaient dans des coins reculés, car, elles avaient du mal à déclarer qu'elles avaient le ver de Guinée à cause des railleries. Sur le plan purement familial, social et culturel, la maladie [ du ver de Guinée ] se développe dans un environnement où la stigmatisation reste encore très importante (Mimché & Bios 2018 :123). D'ailleurs, l'expression « les malades du ver de Guinée » souvent utilisée pour désigner les victimes nourrissent les pratiques liées aux stigmatisations. Le corps, lorsqu'il est jeune ou vieilli, masculin ou féminin, handicapé ou difforme, estropié, infirme ou monstrueux, fait habituellement l'objet de nombreuses représentations sociales qui peuvent être protectrices ou menaçantes pour l'individu concerné ( Djouda & Mba, 2020). Les propos ci-dessous viennent confirmer les moqueries que subissent les personnes malades du ver de Guinée.

*Entre temps, tous nos grands-parents sont malades de ver de guinée, donc quand un natif de Bédogo part dans un autre village pour demander la main d'une fille en mariage, on les appelle les « victimes du ver de Guinée de Bédogo », ils*

*entonnent la chanson « les gens de ver de guinée de Bédogo sont venus pour nous voir...bi », donc le ver de guinée leur a fait souffrir et ils ne marchaient pas bien. (Entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh avec une ressortissante de Bédogo).*

Des témoignages tels que :

*Lors de cette danse-là, c'est vraiment une cérémonie solennelle carrément, c'est comme c'est un acte de bravoure comme ça. Je ne sais pas est-ce que ça fait partie d'une étape des initiés je ne sais pas mais que les hommes-là reviennent tous contaminés de la maladie du ver de guinée et après l'extraction-là, ils dansent, et là vraiment les femmes courent derrière eux. Ils étaient écartés au début de la maladie, mais après avoir recouvert la santé, ils organisent une cérémonie solennelle de rituels de « danse ver de Guinée (Laa miri) ».*

Il faut souligner que c'est dans le souci de briser les barrières et permettre aux communautés rurales de dénoncer les cas du ver de Guinée que l'OMS a instauré le système de récompenses afin d'inciter les populations rurales à participer activement à la lutte contre cette endémie. Si l'utilisation de moyens financiers comme stratégies de lutte permet d'enregistrer beaucoup de cas et infections dans les zones sous surveillance, force est de constater que la prise en charge du ver de Guinée dans les formations sanitaires en elle-même constitue une source de stigmatisation non seulement à cause de l'isolement des victimes jusqu'à l'extraction et la cicatrisation de la plaie mais également des qualificatifs tels que « les malades ou victimes du ver de Guinée ». Cette identité blessée attribuée aux personnes malades (Mimché & Bios 2018) renforce l'image que les gens ont vis-à-vis de cette communauté. C'est pourquoi, « certains malades viennent en cachette déposer le ver au centre de santé et disparaissent dans la nature sans retour ». L'environnement socioculturel reste influencé par la circulation des informations-spectacle, des nouvelles à sensation, des scoops (Mimché & Bios 2018). D'après Jaffré & De Sardan (2003) cités par Mimché & Bios 2018 : 127), depuis les travaux de Parsons, l'hôpital apparaît aux sociologues de la santé comme une institution sociale, un lieu de production du travail de soins pouvant générer des formes de dysfonctionnements, notamment à partir du type de relations établies entre personnels soignants et patients. Le fait qu'ils soient désormais soumis à un espace particulier de traitement, leur confère également un nouveau statut qui est implicitement une expression de la stigmatisation. La stigmatisation ne résulte pas seulement des interactions qui peuvent s'établir entre le patient et son entourage. Elle est même au cœur du fonctionnement de l'institution hospitalière. L'institution hospitalière constitue un dispositif de production et de reproduction des stéréotypes (Mimché & Bios 2018 :125).



### IV.13. 3. Image de soi

L'image corporelle correspond à la perception et au vécu intime, le plus souvent inconscients, que nous établissons avec notre propre corps. L'image du corps est un fondement de l'estime de soi. L'estime de soi est justement l'appréciation que nous pouvons nous faire de nous-mêmes, tant individuellement que dans les interactions avec les autres (Institut national du cancer 2010). La maladie est une atteinte au corps qui altère l'assise narcissique du patient car elle lui renvoie une image déformée, abîmée de lui-même. En effet, les atteintes physiques, parce qu'elles sont visibles, sont sources d'une véritable souffrance ( Dufлот 2016 ). Le ver de Guinée à travers sa marque de cicatrices dans les corps mais également son apparition même dans les parties intimes des victimes affecte l'image corporelle et l'estime de soi. Des victimes dont les corps ont été incisés suite aux complications liées au ver de Guinée mais aux abcès trouvent leurs corps différents, voire étranges à cause du ver de Guinée. Elle provoque [ maladie du ver de Guinée ] des handicaps, des monstruosité du corps (Goffman, 1975).

### IV.13.4. Recours au traitement

Le recours pluriel ou parallèle aux soins de santé trouve sa logique première dans la complexité même des sociétés humaines. En effet, face aux maladies [ dracunculose ], les communautés rurales font recours aux divers traitements (traditionnels, cosmogoniques et modernes) afin d'espérer retrouver la santé. Si les malades du ver de Guinée des zones sous surveillance épidémiologique sont souvent repérés et orientés systématiquement dans les formations sanitaires pour une prise en charge grâce à la vigilance des agents de terrain, d'autres victimes des zones non couvertes empruntent leurs propres itinéraires. Au bout de plusieurs décennies de son extension coloniale ou postcoloniale, la médecine conventionnelle, malgré son « *autoritarisme* » ou son « *paternalisme* » médical, n'a pas réussi à faire converger autour de ses offres thérapeutiques, l'ensemble des malades africains. Cela s'est avéré tout à fait impossible dans un contexte africain marqué par des croyances étiologiques plurielles et complexes qui influencent encore largement les trajectoires thérapeutiques suivies par nombre de familles et de malades ( Djouda et *al.*,2015). Entendus comme l'ensemble des moyens auxquels les acteurs sociaux recourent pour Obtenir la guérison, les itinéraires thérapeutiques sont largement dépendants des modèles explicatifs construits au sein d'une société pour donner un sens à la maladie. Autrement dit, le choix du mode de traitement est influencé dans une grande mesure par les interprétations que l'environnement immédiat du patient donne aux causes et manifestations de sa maladie (Mouliom 2015).

Adossé sur les données du terrain, le chapitre 4 qui a bouclé la deuxième partie de la présente thèse a tenté de dépister les croyances populaires, les perceptions et pratiques construites par les communautés autour de la maladie du ver de Guinée. Il est ressorti de cette analyse que les populations des zones rurales connaissent globalement le ver de Guinée mais leur pratiques et attitudes vis-à-vis des consignes données par les agents de terrain n'ont pas permis d'éradiquer le ver de Guinée. Il a été également question dans cette partie de faire l'examen de la pratique du WASH en lien direct avec la dracunculose afin de déterminer les dysfonctionnements. Il est à retenir au terme de cette analyse que les communautés des zones endémiques sont doublement vulnérables car, elles n'ont pas accès aux structures sanitaires, aux sources d'eaux potables et aux centres éducatifs. Les communautés n'ont reçu aucune formation sur la gestion de l'eau, l'hygiène et l'assainissement. La contagion collective de plusieurs familles par le ver de Guinée à cause d'une source d'eau polluée a été abordée dans ce chapitre. Il a été ressorti de ce chapitre que les malades du ver de Guinée, en dépit de la prise en charge gratuite au niveau des formations sanitaires, bénéficient d'autres appuis issus de divers réseaux familiaux. La pratiques d'itinéraires thérapeutiques, la stigmatisation et le recours au traitement n'ont pas été perdues de vue dans cette partie de la thèse.

La deuxième partie de la présente thèse intitulée « représentations sociales de la maladie et itinéraires thérapeutiques des malades du ver de Guinée au Tchad » a été subdivisée en deux chapitres notamment, « connaissances, attitudes et pratiques du WASH chez les populations des zones endémiques de la dracunculose (chapitre 3) et croyances sociales, vécu de la maladie et itinéraires thérapeutiques (chapitre 4). Ces deux chapitres ont permis d'aborder de manière approfondie les éléments importants de la lutte contre le ver de Guinée à savoir les connaissances reçues sur la maladie ver de Guinée ; les messages clés reçus sur la maladie et le WASH ; les canaux d'informations et de sensibilisations, etc. L'analyse faite dans cette deuxième partie a été très pointue en intégrant les aspects socio-anthropologiques tels que les croyances sociales autour du ver de Guinée, les perceptions du risque en communautés, le vécu de la maladie, les offres des soins relatifs à la prise en charge du ver de Guinée, l'accessibilité (géographique, économique, socioculturelle ) aux soins contre le ver de Guinée ; les pratiques et itinéraires thérapeutiques des malades et communautés, etc. Il faut retenir que les analyses faites dans cette deuxième partie ont permis d'amorcer la dernière partie intitulée « dynamiques institutionnelles et logiques communautaires face à la dracunculose : une analyse sociocritique ».

**TROISIEME PARTIE**

**DYNAMIQUES INSTITUTIONNELLES ET LOGIQUES  
COMMUNAUTAIRES FACE À LA DRACUNCULOSE : UNE  
ANALYSE SOCIOCRIQUE**

*« Le message sanitaire, parce qu'il arrive rarement à tenir compte des réalités sociales dans toute leur complexité, n'aboutit pas toujours à son objectif ». (Sidiki 1999 : 1)*

La dernière partie de la présente thèse intitulée : « dynamiques institutionnelles et logiques communautaires face à la dracunculose : une analyse sociocritique » est répartie en deux chapitres à savoir, « engagement communautaire et lutte contre le ver de Guinée : réalités et dysfonctionnements » (chapitre 5) et contraintes à l'éradication du ver de Guinée et résiliences des communautés/malades (chapitre 6). Il a été abordé le rôle de la participation communautaire dans le champ de la santé, l'enjeu de la participation communautaire en milieu rural, les acteurs clés de la participation communautaire et leurs responsabilités, les réalités de l'engagement communautaire dans le champ de la santé au Tchad, etc. Il a été également question dans cette troisième partie de s'intéresser aux contraintes et goulots d'étranglement à l'éradication du ver de Guinée au Tchad, aux différentes formes de résiliences observées chez les acteurs et communautés mais aussi aux craintes et aux souhaits des différents acteurs de lutte contre le ver de Guinée au Tchad.

## **CHAPITRE V : ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET LUTTE CONTRE LE VER DE GUINEE : REALITES ET DYSFONCTIONNEMENTS**

L'éradication du ver de Guinée nécessite une réelle participation des acteurs à tous les niveaux à savoir : central, intermédiaire et périphérique. Analyser les réalités et dysfonctionnements de l'engagement communautaire autour de la lutte contre le ver de Guinée tel est l'objectif assigné à ce chapitre. Cette partie de la thèse aborde les questions liées à la participation communautaire dans le champ de la santé, l'enjeu de la participation communautaire en milieu rural, les acteurs clés de la participation communautaire et leurs responsabilités, les obstacles et contraintes d'une véritable participation, des contraintes et résistances liées à la gratuité des services communautaires.

### **V.1. La participation communautaire dans le champ de la santé : considérations théoriques et enjeux**

L'adoption de la déclaration d'Alma-Ata en 1978, la charte d'Ottawa en 1986 et surtout l'Initiative de Bamako en 1987, ont théoriquement mis un point d'honneur sur la participation communautaire comme pilier ou support principal de la dynamique des soins de santé primaires. (Djouda 2018 : 226). En effet, la participation communautaire est une dimension importante des stratégies de développement dont elle constitue à la fois un élément du processus et une finalité. Elle est devenue une composante fondamentale des interventions de santé et, est systématiquement associée aux soins de santé primaires (Fournier & Potvin 1995). Elle est définie comme un processus social par lequel des individus et des familles prennent en charge leur santé comme celle de la communauté, depuis l'identification des besoins et priorités jusqu'au suivi et à l'évaluation des programmes, en assumant les responsabilités des décisions et des stratégies, dans le but de contribuer à l'amélioration de leur propre état de santé et au développement de la communauté (MSP 2014). En effet, depuis la conférence d'Alma Ata (1978), le concept de participation communautaire est resté fortement lié au concept « santé pour tous » ; dès lors, les instances internationales mettent l'accent sur la mobilisation et l'organisation des communautés et leur participation active dans l'amélioration de l'état de santé (Ministère Marocain de la Santé 2013 : 8). La mise en œuvre de cette stratégie inter-verticalité des actions de santé héritée des principes coloniaux et qui voudrait que toute intervention sanitaire vienne d'en haut c'est-à-dire du niveau central.

Contrairement à cette volonté de centralisation, la déclaration d'Alma-Ata a voulu promouvoir un système de santé qui accorde une place essentielle à la participation communautaire (Djouada 2018 : 228). Comme le rappelle Ridde (2004 : 5) les huit (8) principes directeurs de cette nouvelle donne qui retrace aussi clairement les avantages de cette initiative :

- ✓ Les gouvernements doivent faire en sorte que toutes les communautés aient accès aux activités de soins de santé primaires ;
- ✓ Il faut décentraliser la prise de décisions des districts de santé, notamment en ce qui concerne la gestion des soins de santé primaires ;
- ✓ Il faut décentraliser la gestion financière afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées ;
- ✓ Les principes relatifs au financement communautaire des services de santé doivent être appliqués à tous les niveaux du système de santé ;
- ✓ Les gouvernements doivent apporter une contribution substantielle aux soins de santé primaires et prévoir suffisamment de fonds à l'intention des services de santé locaux ;
- ✓ Le concept de médicaments essentiels doit être intégré dans les politiques nationales de santé fondées sur les soins de santé primaires ;
- ✓ Des mesures telles que des exonérations et des subventions doivent être prises pour garantir l'accès aux couches sociales les plus démunies aux soins de santé ;
- ✓ Des objectifs intermédiaires doivent être clairement définis ainsi que des indicateurs pour mesurer les progrès accomplis.

On est enfin de plus en plus conscient du rôle important que peut jouer la participation communautaire dans l'amélioration de la situation sanitaire, notamment dans les pays en développement, parmi les populations pauvres et mal desservies, sur le plan des soins.

## **V.2. Eclairage théorique du concept de participation communautaire**

La participation comme catégorie sociale a été progressivement institutionnalisée par les politiques publiques, avant de devenir un concept scientifique. Catégorie polysémique et plurielle, qui s'applique aux politiques sociales surtout, elle interroge le politique au sens du

système ou régime politique. Vers le XIX<sup>e</sup> siècle, cette expression est appliquée pour la première fois, en économie à l'idée « d'autogestion », qui accompagne le mouvement coopératif. Celle-ci se traduit concrètement par le partage du pouvoir économique entre chefs d'entreprises et salariés ou tout simplement, un transfert de pouvoir à ces derniers. Un tel partage de pouvoir n'a de sens que si on le met en rapport avec les régulations étatiques. L'enjeu du partage du pouvoir et des ressources s'inspire des sociétés à idéal démocratique. Il pose dès lors la question des moyens à mettre en œuvre pour atteindre un tel idéal (Bresson 2014, cité par Ayangma (2018)).

L'origine de la participation communautaire aurait trois sources possibles selon Midgley et *al.*, (1986) repris par Fournier & Potvin (1995). La première viendrait de l'idéologie occidentale basée sur les grandes valeurs démocratiques telles que la prise de décision par des citoyens ordinaires et l'autodétermination. La deuxième source possible voudrait que la décolonisation des pays en développement dans les années 1950 et 1960 soit à l'origine du mouvement de développement communautaire, stratégie favorisée premièrement par les missionnaires, puis adaptée par les Nations-Unies pour promouvoir le développement social et économique des régions rurales des nouvelles nations. La troisième origine de la participation communautaire serait liée au travail social occidental qui favorise les actions politiques pour exiger des changements et des améliorations, et au radicalisme communautaire basé sur l'idéologie marxiste qui veut élever le niveau de conscience politique des opprimés.

Si l'influence de ces trois antécédents historiques a façonné la théorie de la participation communautaire, ce concept n'est devenu une approche cohérente au développement social qu'avec le programme de participation populaire des Nations-Unies adopté dans les années soixante-dix. Il existe de nombreuses définitions des termes « communauté » et « participation communautaire ». En ce qui concerne la communauté, les deux dimensions le plus fréquemment citées sont la dimension géographique, correspondant à un territoire bien déterminé, et la dimension relationnelle, caractérisée par une cohésion sociale qui se développe par l'intermédiaire de liens interpersonnels. Pour Heller (1989), à l'origine, les communautés géographiques étaient constituées pour tirer des avantages stratégiques en termes économiques ou de sécurité du territoire. Mais ce type d'approche pour définir la communauté est très incomplet si l'on ne la considère pas dans ses dimensions dynamique et politique. La notion de communauté ne prend réellement d'intérêt que par rapport à des actions ; pour certains, elle s'applique quand des individus ou des groupes



partagent des intérêts qui sont souvent à la base d'actions. Ainsi pour Madan (1977), la preuve ultime de l'existence de la communauté est sa capacité d'agir de façon coopérative.

La représentation de la communauté devient rapidement un enjeu politique et les structures communautaires reproduisent alors les structures politiques locales, comme Fassin et *al.* (1986) l'ont montré au sujet des comités de santé à Pikine, au Sénégal. A ce titre, il est très significatif de constater qu'au sein de ces comités, les véritables enjeux ne sont pas directement liés à la santé, mais concernent plutôt le contrôle des ressources financières et les processus électoraux et informels qui déterminent la composition de ces comités. Plus concrètement, dans le domaine de la santé, les décideurs et les intervenants ne définissent généralement la communauté que dans sa dimension géographique, mais surtout, ils s'appuient sur ses représentants pour donner une justification communautaire aux choix techniques qu'ils font. En retour, les représentants de la communauté trouvent dans leurs fonctions sanitaires une reconnaissance qui légitime leur propre statut vis-à-vis de la population (Fassin et *al.*, 1986, cité par Fournier & Potvin (1995)).

Selon Suarez-herrera et *al.*, (2010), dans le nouveau modèle brésilien de santé, la participation communautaire occupe une place de choix en étant formellement inscrite comme l'un de ses principes structurants. L'actualisation de ce principe au quotidien est fondée sur la conviction profonde, partagée par un nombre croissant d'acteurs de ce système expert, que le processus de production de la santé-maladie est déterminé socialement. Pour ces acteurs, la gouvernance du système de santé implique le développement de concertations fécondes entre les gestionnaires publics, les différents partenaires et la population elle-même. Deux grandes stratégies de participation communautaire sont alors privilégiées: d'une part, l'engagement des acteurs sociaux, sous différentes formes, aux processus de territorialisation, de définition des problèmes et des besoins, et de formulation des priorités et des plans d'évaluation des résultats obtenus ; et, d'autre part, l'engagement des acteurs sociaux, sous la forme plus particulière d'une délégation formelle de certains de ses membres à des dispositifs de consultation populaire, comme les conseils municipaux de santé (Gerschman, 2004 ; Labra et Figueiredo, 2002 cités par Suarez-herrera et *al.*, (2010)) ou même, dans certaines expériences novatrices, des instances plus rapprochées des unités territoriales de santé ( conseils locaux de santé ).

La participation a pour objectif de dépasser, dans une société donnée les limites de la démocratie telle qu'elle est en acte. L'idée de participation comme on peut s'en apercevoir s'appuie sur des aspirations démocratiques. Elle vise à proposer un modèle de démocratie

alternatif et complémentaire, dont le but est de prévenir les dérives du modèle existant. Ce modèle pose le problème de la meilleure manière de faire participer tous les citoyens à la vie politique, économique, sociale et culturelle de la nation, de même qu'à la prise de décisions collectives. En convenant que la participation s'applique à tous les secteurs de la vie d'une nation comme il vient d'être analysé, il importe de rappeler que dans le domaine social de la santé, son adoption à l'échelle internationale comme stratégie à mettre en œuvre au niveau local, entretient des liens étroits avec le mouvement des SSP et donc de santé pour tous initié à Alma-Ata en 1978 (Ayangma, 2018).

Ces déclarations reprécisent les droits de la santé qu'avait consacrés en 1948, la constitution de l'OMS. Il est question ici comme d'ailleurs dans d'autres secteurs, de repenser le partage des ressources et la recomposition du pouvoir, dans l'option de rapprocher au mieux, de l'idéal démocratique. La participation communautaire dans le domaine sanitaire apparaît de ce point de vue, comme l'élément central du processus de démocratisation, ou mieux, de décentralisation des systèmes de santé. Il importe de rappeler que la participation communautaire n'a de sens réel que si elle débouche sur un partenariat, ou mieux sur une délégation effective du pouvoir aux communautés. Une telle revalorisation des capacités de gestion par elles-mêmes des institutions locales (communautaires), vise avant tout à garantir le fonctionnement des marchés, et donc dans le domaine de la santé, ceux des services et des médicaments.

### **V.3. La participation communautaire comme pilier de la politique des soins de santé primaires**

L'approche des soins de santé primaires recouvre des déterminants de la santé plus larges et met l'accent sur la santé et le bien-être physique, mental et social, considérés dans leur ensemble et de manière interdépendante. L'objectif est de fournir des soins aux personnes dans leur globalité, en fonction des besoins de santé tout au long de leur vie, et non pas simplement de traiter certaines maladies données. Les soins de santé primaires garantissent que les personnes reçoivent des soins complets et de qualité, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien. Ils constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations tout au long de la chaîne de soins. Cependant, pour parvenir à une couverture sanitaire véritablement universelle, il faut passer de systèmes de santé conçus autour des maladies et des

établissements à des systèmes de santé conçus pour les personnes, avec les personnes (OMS, 2021).

Conformément à la définition donnée à Alma-Ata, en 1978, par l'OMS et l'UNICEF, « *les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer* » (OMS, 1978). Ces soins se caractérisent par les principaux aspects ci-dessous:

- ✓ La santé n'est pas uniquement l'affaire du secteur correspondant vu qu'elle subit l'influence des activités menées dans d'autres secteurs du développement, par exemple l'éducation, le logement ou l'agriculture. Il est donc indispensable que toutes ces activités soient intégrées.
- ✓ Un facteur décisif pour l'amélioration de la situation sanitaire est d'arriver, grâce à une participation communautaire permanente, à l'auto responsabilité et à la conscientisation sociale.
- ✓ Pour parvenir à améliorer les soins de santé, il est essentiel que la communauté définisse ses propres besoins et propose des méthodes pour les satisfaire.
- ✓ La décentralisation est indispensable pour répondre aux besoins de la communauté et résoudre les problèmes posés.
- ✓ Par ses ressources, financières et humaines, la communauté peut fournir une contribution importante aux activités dans les domaines de la santé et du développement.

La participation communautaire est considérée comme l'élément capital des soins de santé primaires puisque ceux-ci ne consistent pas dans la mise en œuvre des techniques médicales de pointe, mais bien dans l'application des méthodes qui ont fait leurs preuves face aux problèmes sanitaires des populations pauvres et défavorisées dont la plupart vivent en zone rurale dans les pays en développement. Les partisans de la méthode sont convaincus que c'est uniquement en faisant participer à la prestation des services ceux qui ont le plus besoin de soins qu'on pourra agir réellement sur la maladie et que seul l'engagement communautaire permettra d'assurer aux populations aujourd'hui négligées des soins de santé culturellement acceptables (Rifkin & Susan, 1990). Elle est devenue une composante fondamentale des interventions de santé et est systématiquement associée aux soins de santé primaires. Il requiert d'assumer l'idée que les populations ont des connaissances, des capacités, des

réponses aux problèmes qui se posent, et qu'elles ont la capacité de contribuer ou d'être des acteurs de leur résolution (Landry, 2021).

En principe, pour que l'approche communautaire soit effective, il est nécessaire d'apporter à ceux qui doivent la mettre en œuvre (médecins chefs, équipes cadres et personnel des districts sanitaires), une aide pour traduire ce qui est écrit souvent au niveau central en activités concrètes et une démarche de mise en œuvre pratique mais, il est constaté des dysfonctionnements dans la mise en œuvre de cette politique sanitaire au communautaire.

Dans le cadre de la lutte contre le ver de Guinée, les acteurs et volontaires communautaires ont pour mandat de mener des activités de communication et de sensibilisation de proximité, de surveillance épidémiologique (lancer les alertes), mais aussi de médiation afin de faciliter la mise en place du dispositif biomédical de la riposte : identification communautaire des cas suspects et des contacts, promotion des services de prise en charge disponibles au niveau communautaire, facilitation des enterrements dignes et sécurisés des boyaux, gestion des rumeurs, dénis et réticences, notification et surveillance des mouvements de population et animaux. Cette approche rappelle une perspective développementaliste des années quatre-vingt-dix qui visait à impliquer les communautés villageoises dans les programmes liés à leur développement en les mobilisant par le biais de collectifs dont les actions étaient déjà définies par les techniciens (Fassin et al. 1986; Gomez-Témésio 2014 cités par Landry 2021). Ces populations qui souffrent depuis l'avènement des politiques d'ajustement structurel du sous-financement du système de santé participent à l'éradication du ver de Guinée, une éradication elle-même rendue compliquée par les carences du système de santé.

Cette implication communautaire permet de mieux contrôler le ver de Guinée cependant, elle n'a non seulement pas été effective dans l'ensemble des zones endémiques mais les acteurs locaux impliqués dans cette lutte rencontrent d'énormes difficultés. Au niveau périphérique, les communautés rurales méconnaissent leurs rôles faute d'orientations. Les acteurs communautaires ne sont pas associés à la prise des décisions, tout se passe au niveau central et intermédiaire. Les doléances et besoins fondamentaux exprimés par les acteurs locaux susceptibles d'aider à éradiquer le ver de Guinée ne sont pas pris en compte par les acteurs institutionnels.

#### **V.4. L'enjeu de la participation communautaire en milieu rural**

La participation communautaire constitue à priori une aubaine de responsabiliser les acteurs face au destin lié à leur santé. En d'autres termes, elle représente une stratégie clé pour répondre de façon démocratique aux changements que les dynamiques expansionnistes des institutions modernes exigent du système expert de la santé publique. Notons que l'enjeu essentiel de la participation communautaire est de conférer à la communauté concernée, un minimum d'autonomie. La participation communautaire telle que mise en œuvre dans le système de santé, s'oriente vers la forme instrumentale, c'est-à-dire celle qui met plus l'accent sur les diverses formes de contribution que les communautés doivent pourvoir pour le fonctionnement des services de santé (Sombié et *al.*, 2015). Les contributions des communautés sont de plusieurs ordres : le paiement des frais de consultation, l'achat des médicaments, la participation aux travaux (construction de bâtiments, plantation d'arbres, nettoyage du CS, etc.), la mise en place des bureaux COGES, les diverses cotisations initiées au profit des services de santé.

Il est à rappeler que la participation communautaire est d'abord une situation de coopération et de collaboration entre des acteurs mais aussi entre des individus et des institutions. L'essence de la participation réside dans les relations entre les individus. Or, il est bien connu de tous qu'aucune relation de coopération n'a de chance d'aboutir à un succès sans un minimum de confiance entre les parties prenantes. Depuis l'exercice de la participation communautaire, les résultats escomptés tardent à se réaliser. En effet, l'identification des besoins, le leadership, l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion constituent des véritables difficultés que rencontrent les acteurs impliqués dans la gestion. Le renouvellement des bureaux des COGES (organe communautaire de gestion de centres médicaux) se fait difficilement, à cause de la faible participation des communautés aux assemblées générales. Les COGES qui devraient être le fer de lance de cette nouvelle dynamique éprouvent des difficultés à jouer pleinement leurs rôles. Les conflits de leadership, le faible niveau de scolarisation des membres, le faible soutien des autres acteurs du système de santé retardent la réussite de cette nouvelle donne. Il faut également préciser que, les agents de santé communautaire ne sont également pas actifs dans plusieurs villages.

##### **V.4.1. Les acteurs clés de la participation communautaire et leurs responsabilités**

La participation communautaire est d'abord une situation de coopération et de collaboration entre des acteurs mais aussi entre des individus et des institutions. Le succès de

cette nouvelle donne dépend évidemment de la mesure dans laquelle on arrive à persuader le maximum de membres de la communauté de participer à la planification et à la mise en œuvre des activités sanitaires. Le nombre de personnes ainsi impliquées constitue un indicateur de l'ampleur de la participation. En pareil cas, c'est l'adhésion effective de ces catégories particulières qui reflète le succès de la participation communautaire aux programmes en cause.

La recherche de la santé ou du bien-être n'est plus admise comme un processus imposé d'« en haut » par des dirigeants à des acteurs d'« en bas » passifs, considérés comme des incompetents ou des « cruches vides » qui doivent tout recevoir des impulsions exogènes. Pour éviter cette domination des décideurs du niveau central, des comités de santé (COSAN), comité de gestion (COGES) ont été adoptés comme structures de dialogue qui doivent, en principe permettre un échange d'idées et d'information, un dialogue continu et constructif entre une population donnée et son service de santé (Djouda 2018).

#### **V.4.1.1. Les acteurs institutionnels et internationaux**

*Processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté* (UNICEF & OMS, 1978), la participation communautaire mobilise tant des acteurs à la fois au niveau national qu'international. En effet, l'UNICEF et l'OMS, deux acteurs internationaux, par ailleurs leaders dans la mise en œuvre de cette nouvelle stratégie accompagnent les états à implémenter voire pérenniser la participation communautaire afin de relancer les soins de santé primaires. L'OMS s'intéresse à la conception et normalisation des directives et l'UNICEF en tant qu'acteur de l'opérationnalisation des chaînes d'approvisionnement en médicaments. La vision de ces deux institutions en matière de participation communautaire a donc été, et continue d'être, très déterminante pour l'implication des acteurs communautaires dans le système de santé (Kaboré 2019).

#### **V.4.1.2. Les populations et les comités**

A l'exemple des pays en quête de meilleure santé de leurs populations, le Tchad a entrepris des réformes visant à faire participer davantage les populations à l'effort de développement en général et à l'effort de santé en particulier. Avec l'avènement des soins de santé primaires en 1978, le Tchad a initié des réformes visant à organiser et à renforcer la participation des populations à la résolution des problèmes de santé. A côté des comités de développement, comité de santé, comité de gestion et matrones, de nouveaux profils d'acteurs

communautaires sont apparus comme les agents de santé villageois et le comité de références. La mobilisation des organisations de la société civile s'est amplifiée et a permis la mise en œuvre de paquets élargis de soins préventifs, promotionnels et curatifs au bénéfice des communautés. Ces innovations ont pour seul objectif d'enregistrer des succès dans la lutte contre les maladies endémiques, la malnutrition, mais aussi dans l'accès et l'utilisation des services de santé. Les Praticiens de la Médecine Traditionnelle (PMT) sont également restés actifs dans l'offre de soins traditionnels dans les communautés. Enfin, la société civile, à travers les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Organisations Communautaires de Base, participaient également aux activités de santé communautaire. Cependant, malgré tous ces efforts fournis pour mieux impliquer les populations dans la résolution de leurs problèmes de santé, il persiste des obstacles structurels, organisationnels et managériaux dans le processus de participation des populations à l'effort de santé.

Il est souligné précédemment qu'en matière de participation communautaire, les populations ont un rôle très important à jouer dans la gestion et le cofinancement de la santé. De ce fait, les structures de gestion leur sont proposées (N'détibaye 2004).

Définis comme une réunion de personnes chargées d'examiner certaines affaires, de donner un avis, d'orienter une décision, les comités doivent être l'émanation de la population. Leur existence et leur bonne marche sont fondamentales dans l'organisation communautaire. Un éclairage sur le contenu de chaque comité est nécessaire pour bien mesurer leurs interfaces.

#### **V.4.1.3. Le Comité de développement**

Le comité de développement est la structure chargée de l'action intersectorielle. Il est multisectoriel parce que l'on pense certains acteurs peuvent aider les agents de santé à réaliser certaines activités du paquet minimum d'activités. Très souvent, ce sont les secteurs suivants qui composent le comité de développement :

- ✓ L'éducation
- ✓ L'agriculture
- ✓ Affaires sociales
- ✓ Le transport
- ✓ L'administration territoriale
- ✓ Les représentants de la communauté
- ✓ Les ONG
- ✓ Les confessionnels.

De par sa composition, le comité de développement est appelé à éprouver beaucoup de difficultés pour sa mise en œuvre. Plusieurs raisons expliquent cela :

- ✓ La première est que, compte tenu de sa composition, l'équipe ne pourra jamais être au complet dans les districts ruraux car tous les secteurs ci-dessus cités n'y sont pas représentés ;
- ✓ La deuxième raison est que le caractère multisectoriel du comité de développement peut freiner certaines activités, en ce sens que tous ses membres ne peuvent jamais être réunis au même moment pour tel ou tel problème. Les reports de réunions, la non tenue des assemblées générales en sont, entre autres, des conséquences irréfutables. Il se pose ici le problème de l'harmonisation des approches participatives ;
- ✓ La troisième raison se rapporte à la direction du comité. Placé sous la responsabilité du MCD, le comité de développement a tendance à échapper au contrôle de ce dernier. Le complexe des autorités administratives et traditionnelles les amène à vouloir se considérer comme détenteurs naturels du pouvoir au sein de l'organisation, alors qu'elles n'en sont que membres au même titre que leurs administrés ;
- ✓ La dernière raison est liée à la sempiternelle dichotomie vieux / jeunes, aînés/cadets, hommes/femmes. Ces différents clivages, qui sont réels et qui ne peuvent être exclus d'une analyse sociologique, sont nés de la mentalité traditionnelle et empêchent l'intégration des représentants des jeunes et de ceux de femmes au comité de développement alors qu'ils sont autant concernés par les actions à envisager ou à mener.

#### **V.4.1.4. Le Comité de Santé (COSA)**

Les comités de santé (COSA) constituent une entité qui s'inscrit dans le concret et contribue à l'animation de la vie des populations, du moins en ce qui concerne prioritairement le secteur de la santé communautaire (Tagne & Yambene, 2018). Le comité de santé est l'organe de liaison entre la structure sanitaire (poste ou centre de santé) et les populations. Il a le même ressort territorial que les zones opérationnelles des formations sanitaires ou des districts sanitaires.

Le comité de santé assiste le centre de santé et joue ainsi le rôle de contrôle social dans le suivi et l'évaluation de l'exercice des compétences. De façon générale, les comités de santé en tant que structures de dialogue sont des organes mis en place pour assurer et augmenter, la participation efficace de la communauté, la collaboration entre l'Etat (prestataires des services de santé).



- ✓ Dans la mesure où l'Etat ne peut plus prendre en charge la résolution de tous les problèmes de santé, une participation de la population devient indispensable avec une adhésion à la fois individuelle et collective ;
- ✓ Les populations doivent contribuer à l'orientation et la gestion de leurs problèmes de santé. En effet, elles sont mieux placées que quiconque pour exprimer leurs besoins réels ;
- ✓ Le comité de santé est l'affaire de tous, chaque composante de la société doit y être représentée, aussi bien les femmes, les jeunes que les autres ;
- ✓ Chaque comité de santé doit veiller à rendre accessible la structure, les soins et les médicaments pour sa population ;
- ✓ Le comité de santé, seul peut impulser et promouvoir de manière durable le développement des huit besoins de santé primaires retenus par la conférence mondiale de la santé ( dont éducation pour la santé, promotion de bonnes conditions nutritionnelles et alimentaires, approvisionnement suffisant en eau saine et mesures d'assainissement, protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, vaccination contre les grandes maladies infectieuses, prévention et contrôle des endémies locales, traitement des maladies et lésions courantes, fourniture en médicaments essentiels ( Alma-Ata, le 12 /09/1978).

Les comités de santé en tant que structures de dialogue sont de ce fait, des instruments indispensables pour stimuler la participation de la communauté dans la gestion des centres de santé, notamment à travers :

- ✓ L'expression des besoins ressentis par la communauté en matière de santé ;
- ✓ La mobilisation et la répartition des ressources essentielles pour permettre la mise en œuvre des activités ;
- ✓ La contribution à la mise en œuvre des programmes d'activités pour satisfaire les besoins et résoudre les problèmes de santé de la communauté ;
- ✓ L'implication dans la réalisation, l'équipement et la réfection des structures et des infrastructures ;
- ✓ La participation à l'évaluation périodique des réalisations pour apporter des correctifs et se fixer de nouveaux objectifs ;
- ✓ Véhiculer l'information sur les activités de la structure sanitaire.

#### V.4.1.5. Le Comité de Gestion

L'une des exigences fondamentales de la promotion des soins de santé primaires depuis la conférence d'Alma-Ata en 1978 réside dans l'implication des communautés dans la gestion des services de santé. La conceptualisation de cette orientation recouvre plusieurs formes, variables d'un pays à un autre. Dans de nombreux pays africains, la mise en place des comités de gestion dans les différents centres de santé semble l'une des formes les plus répandue (Miyakita & Ueda, 2000 ; Reis, Yan, Parra, & Brownson, 2013 cités par Boureima, 2019).

S'il faut lui attribuer une définition opérationnelle, le comité de gestion serait un groupe technique restreint de personnes recrutées ou nommées par acte du comité de santé et chargées de la gestion du centre de santé en collaboration avec le personnel sanitaire. Placé sous la responsabilité du comité de santé, le comité de gestion a pour le rôle de mettre en œuvre la gestion du centre de santé en collaboration avec le personnel sanitaire (N'détibaye 2004).

Le COGES constitue l'interface entre la communauté et la formation sanitaire et porte la voix de la communauté. Les membres du COGES motivent la population à fréquenter les services de santé et à participer aux différentes activités du centre de santé. Le COGES participe à l'élaboration du plan d'action annuel de la FOSA, d'assurer la mobilisation locale des ressources, d'assurer l'accessibilité de tous aux soins de santé, de gérer les fonds générés par les activités de la FOSA et par les activités initiées par le COGES. D'après Djasrabé Koindjigar, président du COGES du centre de santé évangélique de Guelendeng :

*Lors de notre AG en mars, on a demandé aux églises de nous donner de l'aide et elles nous ont aidé en nature et en espèce (sacs de mil aux personnels) pour qu'il n'y est pas d'arriéré. Si on continue en comptant sur les seules ressources du centre, ça va nous conduire à avoir les aérés avec ces personnels mais pour le moment, on les paye encore. (Entretien réalisé en 2021 à Guelendeng)*

Une de ses principales fonctions est d'avoir un regard sur la gestion financière des formations sanitaires. Il est aussi impliqué dans l'achat et la vente des médicaments essentiels génériques, dans le recrutement de personnel d'appui. Il joue donc un rôle primordial dans la vie de la formation sanitaire. D'après Sombié et al., (2015) :

*Les COGES, composés des membres élus de la communauté ont pour mission de cogérer les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) avec les agents de santé. Ces structures communautaires ont également pour rôles d'organiser et de mobiliser les efforts des populations locales pour soutenir le financement des CSPS aux côtés de l'état et des autres intervenants dans le secteur de la santé. La participation communautaire telle que mise en œuvre dans le système de santé,*

*s'oriente vers la forme instrumentale, c'est-à-dire celle qui met plus l'accent sur les diverses formes de contribution que les communautés doivent pourvoir pour le fonctionnement des services de santé.*

En effet, la participation du COGES dans l'amélioration du fonctionnement des Fosa est très visible dans quelques FOSA à l'exemple du centre de santé évangélique situé dans le district de Guelendeng. Dans le district sanitaire de Guelendeng où le COGES est actif, la communauté mobilise des ressources nécessaires pour soutenir la construction d'un dépôt de médicament. Le COGES a même participé au ravitaillement de ce dépôt en médicament pour le démarrage des activités. D'après Djasrabé Koindjigar, président du comité de gestion du centre santé évangélique de Guelendeng 3 :

Le comité de gestion comme je disais c'est évangélique. Il y'a aussi le collège des anciens, ils se réunissent automatiquement et ont mis sur pied le COGES. Puisque nous les ACT Y'a le CNOSS (Coordination National des Œuvres Socio-Sanitaire) qui est le chapeau et après le CNOSS y'a le CROSS (Coordination Régionale des Œuvres Socio-Sanitaire) qui est basé à KOYOM ; c'est l'hôpital des ACT donc c'est eux qui nous suivent également. Mais le centre santé est sous le coup du district sanitaire de Guelendeng, même si on est privé. C'est l'Etat qui commande mais nous avons aussi notre coordination donc on se base sur les règlements des ACT. Le comité de gestion est composé de 5 membres mais y'a 3 qui sont actifs.

- ✓ Le président du comité de gestion que je suis ;
- ✓ Le secrétaire du comité de gestion ;
- ✓ Le trésorier du comité de gestion ;
- ✓ Le conseiller technique qui est le responsable du centre de santé.

Le conseiller spirituel s'occupe de vie spirituelle, c'est-à-dire il a une journée de prière avec les malades donc ces comités, chacun joue son rôle au centre de santé. Nous avons reçu une formation par le CNOSS à Koyom concernant le comité de gestion et aussi former les pharmaciens du centre et à l'issue, ils nous ont donné un règlement intérieur élaboré à DOBA.

*Le règlement intérieur définit le rôle de chacun. Moi le président, je coordonne toutes les activités en étroite collaboration avec le RCS. Le rôle de COGES est que, à chaque fin de mois nous faisons l'inventaire des produits et c'est nous qui allons chercher les produits pour donner aux personnels de santé et si moi-même je suis libre je vais chercher le produit. Dès que le produit arrive nous contrôlons au niveau de la Pharmacie régionale (Mayo-kebbi) donc nous avons de pharmacie sur place au niveau de région. Si Ya manque de produit ils vont*

*chercher aussi. Nous avons commencé difficilement dans le domaine de l'infrastructure, c'est Word vision qui nous a aidé pour la construction en nous donnant des ciments, tôles, planche, chevrons et autres. Les briques c'est l'affaire de la communauté. C'est pour cette raison que nous faisons l'opération brique cuites et les maçons sont les fidèles qui nous ont aidé à construire et à tôler. Pour démarrer comment faire comme nous avons pas encore de médicament koyom nous a affecté un RCS et nous avons tendu les mains à une église sœur qui nous a donné une aide de 300000f et avec l'appui de MCD pour les médicaments à la pharmacie régionale à la hauteur de 500000f parce que la pharmacie ne voulait pas de bon et ils ont compris pour nous donner les médicaments. Ils ont pris 300000f donc reste 200000f à payer. Les bénéfices reviennent à payer les personnels comme c'est des chrétiens on les paye d'une manière modeste mais quand on a grandi à 2 ans qu'on est monté au SMIC pour le RCS donc comme c'est l'œuvre évangélique, c'est aussi leur contribution. Ce que le comité de gestion fait en dehors de l'inventaire par mois et paye les gens. La sage-femme est de l'état ça nous décharge aussi. Si Ya petit truc comme crédit on leurs donne et ça beaucoup aider. Y a des frères qui sont déterminés au début moi je vais vous donner une chaise, d'autres des tables. Les membres sont arrivés rapidement comme ça et on a commencé le travail. Chaque année nous faisons AG pour sortir le projet provisionnel de 500000f on était à 2 millions et aujourd'hui nous faisons un budget de six million, je pense que Dieu est avec nous et je cherchais aussi. Je suis agent de développement je développe en attendant les mains. y a le nouveau projet WASH qui appuie dans le domaine de santé de reproduction, le programme ver de Guinée appuie aussi dans la recherche de cas.*

*Si le COGES du centre de santé évangélique de Guelendeng 3 fonctionne normalement, il est à déplorer le manque du sérieux sinon les dysfonctionnements au sein du COGES du centre de santé communautaire de Moursal dans le district sanitaire de Bâ-illi et celui de Massakaba dans le district sanitaire de Kyabé. Dans ces deux formations sanitaires, les COGES ont du mal à fonctionner, les membres rencontrent d'énormes difficultés. N'ayant aucune formation dans la gestion, les membres du comité de gestion sont incapables de mobilisés des fonds pour soutenir les activités, la mauvaise gestion des ressources, le manque de confiance, la non tenue des rencontres, non maîtrise des tâches, manque de transparence sont souvent cités comme difficultés par les membres du COGES mais aussi les populations des zones concernées. D'après le président du COGES de Massakaba, les membres du comité de gestion se retrouvent chaque mois pour faire leurs réunions, on était au nombre de 10 et les 02 personnes ne sont pas là. L'une c'est un pasteur et il est affecté ailleurs et l'autre aussi. C'est un infirmier qui nous a formé sur comment gérer un centre de santé. Les difficultés sont nombreuses, nous sommes manqués de réfrigérateur pour garder nos produits on a un laboratoire mais y'a pas un technicien qui doit s'occuper de ça ; c'est avec l'argent de nos médicaments qu'on paye nos personnels, on commande nos produits à Sarh et nous ajoutons 50f sur les produits comme bénéfice. On a ouvert notre compte avec le BELAC mais y'a problème de gestion, nous n'avons pas les personnels qualifiés, avant il y avait un personnel formé qui est venu travailler avec nous pour 02 mois et on l'avait affecté à Roc-Roc.*

Dans leur fonctionnement, on assiste à l'émergence tant des jeux d'intérêts entre les différentes parties prenantes. En gros, les interactions entre les acteurs en présence font naître

quelque fois des conflits (Tagne et Yabène, 2018). « *Nous avons enregistré presque 300000f de bon en médicament cette année. Nous même on paie les médicaments à une valeur de 300000f et que les bons sont monté à 300000f que les gens ne paient pas ça risque de chuter le centre de santé et c'est ça notre inquiétude* ». Souligne Djasrabé Koindjigar, président du comité de gestion du centre santé évangélique de Guelendeng 3.

D'après les termes de Djasrabé Koindjigar :

*On a discuté en AG et certains disaient qu'il faut convoquer ceux qui ont des dettes devant les autorités pour payer. Mais on est évangélique donc on ne peut pas amener ces personnes à la police. Ce qu'on fait, on établit une liste et nous demandons au trésorier de suivre ces gens. Certains ont donné et d'autres se sont excusés donc il faut toujours les déranger et on va aller dans ce sens pour voir. S'ils n'arrivent pas à payer et que prochainement ils tombent malades, nous sauront comment faire. C'est un bien commun qu'on nous a confié, si chacun doit faire comme ça, ce centre ne va pas fonctionner et quand ça fonctionne pas on dit que le comité de gestion à mal géré. On fera tout pour que ceux personnes arrivent à payer leurs dettes.*

Selon Djasrabé Koindjigar : « *Quand on fait le recouvrement et qu'on demande aux gens de payer leurs dettes, ça devient un problème* ». Le problème est souligné lors d'un focus par les membres du COGES du centre santé communautaire de Moursal dans le district sanitaire de Bâ-illi :

*Pour le problème de dette, le COGES a décidé d'aller demander et moi j'avais dit de laisser tomber ça risque de détruire et j'ai changé par autre stratégie. Si tu viens avec l'argent je te donne le produit et le reste tu vas payer après mais, ça ne marche pas du tout, donc si tu as 500f je te donne le produit pour 500f. Nous, COGES, avons demandé la liste de ceux qui ont de bon avec le RCS mais il a refusé de peur que la population aille dire que c'est lui qui nous pousse d'aller réclamer les bons. (Extrait d'un focus group avec le COGES du centre de santé de Moursal / Bâ-illi).*

En somme les textes régissant le fonctionnement des COGES n'ont jamais été élaborés. A ce sujet, Sombié (2019), déplore dans une étude similaire en ces termes :

*Dans la promotion de la stratégie de participation, le COGES devrait jouer un rôle capital. Sa principale mission est d'impulser la dynamique locale autour des services de santé. Cependant, on constate qu'elle n'arrive pas être à la hauteur des tâches qui lui ont été confiées et pour cause. Le profil de membres pose problème en ce sens qu'ils ont une très faible connaissance du système de santé et du fonctionnement général de l'administration. Les populations locales pour plusieurs raisons (profil des membres, attentes non comblées, accusation de détournement) ne font pas confiance au COGES rendant son fonctionnement difficile. Le déficit de légitimité dans lequel se trouve ne facilite pas leur ancrage social et constitue un obstacle majeur à leur efficacité.*

Il conclut en ces termes :

*Les COGES qui devraient être le fer de lance de cette nouvelle dynamique, éprouvent-ils des difficultés à jouer pleinement leurs rôles. Les conflits de leadership, le faible niveau de scolarisation des membres, le faible soutien des autres acteurs du système de santé, la résistance aux changements de certains agents de santé, leur faible ancrage social, ont fini par transformer cet organe en une simple caisse de résonance. Les agents de santé communautaire ne sont également pas actifs dans plusieurs villages (Sombié 2015).*

Le collectif Tagne et Yabène (2018) souligne que :

*La transparence est un des trois principes cardinaux de la bonne gouvernance. A ce titre, elle doit être exercée de manière systématique. Les citoyens ont le droit de savoir comment les institutions exercent leurs pouvoirs et font usage des ressources qui leur sont confiées. Les processus de prise de décision doivent impérativement être visibles et les rapports, comptes rendus et états financiers doivent être accessibles au public. La transparence quant à elle permet de réduire le risque de comportement déviants et de maintenir la confiance de la population.*

Au sujet des difficultés que rencontrent les COGES, Eloundou (2018) précise en contexte camerounais que, les comités n'ont pas assez de compétences dans le domaine et ils sont limités par rapport à la recherche des partenaires. Le manque de formation des personnes intervenant au COGES a des répercussions sur la qualité de la gestion des ressources financières et matérielles (consommables, fournitures du bureau, matériel technique). Selon les observations, le personnel de santé crée des dépenses fictives pour l'achat des produits ou des consommables qui ne seront pas utilisés par les patients de l'aire de santé. Ces dépenses entraînent un manque de moyen pour le COGES. Les registres de versement des fonds sont très mal entretenus. Les détails des comptes ne sont pas visibles. On constate l'absence de transparence dans la gestion financière. Dans un focus group, les membres du COGES déclarent :

*De fois si le RCS nous fait le compte rendu, certains disent qu'il a fait beaucoup de bénéfice mais il nous a donné un peu seulement. C'est ce qui a causé la méfiance entre nous. Le RCS n'est pas payé par l'Etat donc ce qu'on trouve là qu'il prend un peu. Selon moi je veux que la population fait confiance au RCS parce qu'il est de la localité donc il est prêt à nous aider. (Extrait d'un focus group avec le COGES du centre de santé de Moursal / Bâ-illi).*

Pour éviter le problème, le changement de rôle sans avis des autres membres du COGES est souvent envisagé. D'après les propos reçus pendant le focus group : « *Les membres me dérangent beaucoup donc j'avais remis la caisse au RCS pour gérer et à la fin*

*du mois ils nous font le compte rendu* » (Extrait d'un focus group avec le COGES du centre de santé de Moursal / Bâ-illi).

Les membres des COGES n'ont pas reçu de formation préalable, car beaucoup sont arrivés à ces comités par cooptation et sous influence des élites résidant dans l'aire de santé (Eloundou, 2018). Quand on sait que l'influence des chefs traditionnels sur les élections des membres des comités de santé est réelle, le choix des membres du comité de gestion, notamment la composition du bureau de cette structure, ne peut pas échapper à cette logique des ruraux. Par exemple, le bureau du comité de santé de Miltou a été inefficace jusqu'à la fermeture du centre parce que composé uniquement de chefs de village ou notables dont l'inféodation au sultan de la circonscription est une réalité (N'détibaye 2004). Sombié et ses collaborateurs (2015 : 560) soulignent conjointement en contexte burkinabè que :

*La crise de la chefferie traditionnelle et l'action des parties politiques comme des obstacles à la participation communautaire. En effet, la chefferie traditionnelle qui a toujours joué un rôle de mobilisation, rencontre de nombreuses difficultés. Dans plusieurs villages, surtout ceux habités par le mossi et les bissa, il existe depuis quelques années deux chefs, chaque groupe ethnique refusant de faire allégeance à un chef issu de l'autre ethnie. Cette situation alimente des conflits qui fragilisent la collaboration entre les habitants, indispensable à une action communautaire. De nombreuses structures communautaires comme les COGES traversent des crises qui résultent des difficultés de fonctionnement de la chefferie traditionnelle.*

Dans une analyse similaire, Djouda (2018) précise en contexte camerounais que, le manque de ressources qui caractérise les comités de santé et les comités de gestion montre que leur efficacité dans la mobilisation communautaire reste très faible. La population n'adhère véritablement pas aux objectifs de la santé communautaire. Seuls quelques membres isolés de la communauté sont impliqués et doivent chaque jour subir des frustrations orchestrées par les incompréhensions développées par les adversaires.

#### **V.4.1.6. Le comité de référence**

Le système de référence établit un lien opérationnel entre deux niveaux de santé. La référence consiste à envoyer un patient d'un niveau inférieur au supérieur. La contre référence envoie le patient du supérieur à l'inférieur. Un prestataire d'un niveau moindre envoie son patient vers le niveau plus élevé dans le but d'une meilleure prise en charge du malade, car soit son plateau technique est inadéquat, soit les compétences et les connaissances mêmes du prestataire sont insuffisantes pour diagnostiquer et/ou guérir le malade. Le prestataire prend donc conscience de ses limites techniques et scientifiques. La référence va clairement dans un

sens avantageux et positif pour le patient ; celui-ci se voit bénéficier d'une meilleure prise en charge, donc accroît ses chances de guérison (Vancutsem, 2011).

Initié dans les années 2004 par les responsables de zone de Mbarlet et Bâ-illi, il consiste à proposer une forme de mutuelle à la population afin de mettre à l'abri des problèmes de transport en cas de référence vers l'hôpital de district. Le principe est fondé sur une cotisation annuelle de 250FCFA pour les hommes, 200FCFA pour les femmes et 150FCFA pour les enfants. En cas de référence, le montant du transport aller-retour est décaissé au profit du malade. Compte tenu des conditions socio-économiques que vivent les populations, le comité de référence constitue une initiative salvatrice à intégrer dans la participation communautaire.

**Tableau n° 9 : Rôles et responsabilités des comités**

<b>Comité</b> <b>Rôles</b>	<b>Comité de développement</b>	<b>Comité de santé</b>	<b>Comité de gestion</b>	<b>Comité de référence</b>
Aide à la réalisation de certaines activités du PMA	<b>x</b>	<b>X</b>	x	x
Gestion des recettes et des dépenses			x	
Gestion des médicaments		<b>X</b>		
Gestion des activités		<b>X</b>		
Mobilisation sociale		<b>X</b>		
Identification et prise en charge des indigents		<b>X</b>	<b>x</b>	

Source : N'détibaye Assah, 2004



Quel que soit leur degré de dynamisme, les comités de santé du public ne peuvent que piétiner dans leur fonctionnement. Non seulement leurs membres sont sans formations particulières, mais certains sont mis sur pied sous la houlette de la structure administrative politique. Influencés par les notables, les chefs de village et les autorités administratives toujours disposés à militer au sein de n'importe quel parti politique au pouvoir, ces comités sont vite transformés en structures de mobilisation politique. La réticence de certains habitants est donc justifiée, et leur engagement dans des actions de financement de la santé peut en être affecté. Peut-être que la stratégie efficace consistera à ne recourir à la population que pour des actions ponctuelles dont les résultats peuvent être immédiatement perceptibles (constructions des locaux, assainissement de l'environnement, etc.).

#### **V.4.1.7. Le personnel de santé**

Les systèmes de santé ne peuvent fonctionner sans personnel de santé, l'amélioration de la couverture assurée par les services de santé et la concrétisation du droit de jouir du niveau de santé le plus élevé possible dépendent de la présence, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la qualité du personnel de santé. Pour éviter la domination, des décideurs du niveau central, des comités de santé et de gestion ont été adoptés comme structures de dialogue qui doivent, en principe, permettre un échange d'idées et d'informations, un dialogue continu et constructif entre une population donnée et son service de santé. Cette participation communautaire en santé suppose un processus participatif à travers lequel les acteurs sociaux collectifs assument conjointement, avec les professionnels de la santé, les décisions et les activités liées aux problèmes sanitaires. Si elle est bien construite par les acteurs collectifs, elle peut devenir le socle même du développement sanitaire local. Cependant, les conflits sont créés par un déficit d'informations et de communication et des lacunes dans les textes existant entre personnel de santé et membres de comités de santé. Ainsi, le personnel de santé est souvent frustré par le contrôle que le comité de santé vient souvent faire dans les formations sanitaires publiques, parce que celles-ci sont considérées avec suspicion. Les représentants des comités de santé estiment que le rôle assigné à eux est une injonction sur le travail du personnel de santé en service dans ces formations sanitaires.

Le personnel de santé estime qu'il ne reçoit pas la motivation financière nécessaire pour les encourager à exercer à plein temps leurs activités de soins. Les visions du personnel de santé et les élus communautaires s'écartent des objectifs de la participation communautaire pour se focaliser autour de la gestion des fonds et des médicaments. Cette situation entraîne

une vague de discordes suivies des tiraillements entre les membres du comité de santé. Les guerres d'intérêts ne permettent toujours pas de résoudre les conflits (Eloundou, 2018). Les comités de santé et comités de gestion, loin d'être de véritables structures de dialogue communautaire ou de mobilisation collective, sont caractérisés plutôt par de multiples dysfonctionnements qui ne favorisent pas une santé communautaire et une réelle appropriation des bienfaits de la décentralisation sanitaire (Djouda, 2018).

#### **V.5. Réalités de l'engagement communautaire dans le champ de la santé au Tchad**

La lutte contre les maladies en milieu rural exige le développement et le renforcement de la capacité d'agir des personnes, des familles, des regroupements communautaires, du personnel sanitaire et des gouvernements locaux. L'implication des communautés rurales dans la lutte permet de faciliter les sensibilisations car, les membres des communautés sont capables de mobiliser les citoyens pour identifier les barrières, les défis et aider à trouver des solutions locales qui renforcent le système de santé. L'efficacité des approches communautaires pour l'amélioration de la santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents, souligne la nécessité de renforcer la capacité des systèmes de santé afin de mobiliser les communautés et d'établir des systèmes efficaces de prestations de services qui peuvent atteindre ceux qui ne le sont pas actuellement par les services de santé essentiels, en dehors des établissements de santé. Si théoriquement, le rôle des divers acteurs (personnel de santé, COSAN, COGES, communautés...) est clairement défini, il est déploré le manque de synergie entre ces différents acteurs. En effet, sur le terrain, il est observé un manque d'engagement voire de collaboration des communautés. Cette réticence est justifiée par la gratuité des tâches pour lesquelles les membres des communautés sont conviés.

Les membres (COSAN & COGES) sont mobilisés pour de multiples activités de santé et ne reçoivent en retour aucun salaire. Leur action de terrain relève du bénévolat. Pourtant, en milieu rural, les populations doivent lutter pour leur survie (Djouda, 2018). Dans un contexte de grande pauvreté rurale, où les chefs de familles doivent lutter au quotidien pour satisfaire quelques commodités d'existence, il est pratiquement difficile de trouver des acteurs disponibles, prêts à travailler sans salaire pour leur communauté. Ceux qui acceptent de le faire se découragent très vite lorsqu'ils se rendent compte de la densité du travail à mener contre un salaire symbolique et dérisoire (Djouda, 2018). L'Etat n'a pas pensé à la rémunération des membres qui aident le personnel de santé pourtant, il s'observe que la santé communautaire repose entre leurs mains. Ce sont ceux qui doivent informer et sensibiliser les

communautés sur la nécessité de fréquenter les centres de santé ou de s'impliquer dans les activités de santé. Comme il a été souligné à propos de la considération théorique de la participation communautaire, le rôle des communautés n'est plus à démontrer dans la mesure où l'atteinte des principaux objectifs de santé communautaires dépend largement de leur contribution.

### **V.5.1. Une participation manquée ou mitigée des acteurs institutionnels (l'Etat)**

Principal garant de la mise en œuvre de la participation communautaire en zone rural, l'Etat a une lourde responsabilité dans la réussite de cette « nouvelle donne », notamment l'initiative de Bamako. Il doit poser les principes de la participation communautaire, il doit définir clairement les activités qu'il prend en charge et celles qu'il laisse au marché. Ainsi, il convient que son pouvoir réglementaire et incitatif soit assez fort pour influencer les comportements des différents acteurs du système de santé dans le sens désiré, l'amélioration de la qualité des soins. Or, l'Etat tchadien ne correspond pas à cette description (Tizio & Flori, 1997). En principe, sur le plan sociologique, la participation communautaire doit induire un changement dans les comportements de recours aux soins, le développement de la confiance en soi et le sens des responsabilités.

Au plan économique, elle serait un moyen d'améliorer l'efficacité du système de soins et l'équité. Autrement dit, les tarifs devaient par ailleurs induire des économies de dépenses publiques et permettre ainsi d'améliorer à la fois la prise en charge des indigents et l'amélioration de la qualité à l'hôpital. Mais les tarifs n'ont pas, en règle générale, entraîné d'amélioration de la qualité; en revanche, ils ont eu pour conséquence de décourager la demande dont l'élasticité-prix est négative. Il est noté la faible capacité des communautés à pouvoir assumer le rôle de contre-pouvoir que le gouvernement tente de leur concéder à travers l'adoption de la stratégie de participation communautaire à la santé. Certains vont même jusqu'à considérer que c'est un leurre que de vouloir donner un pouvoir à quelqu'un dont on sait pertinemment qu'il ne dispose pas de moyens pour exercer ce pouvoir. Outre cela, il est à retenir que, la gouvernance de la santé est avant tout une question technique et de savoir-faire dans un certain nombre de domaine.

L'analyse et la priorisation des problèmes de santé par exemple, exercices dans lesquels l'implication des communautés est tant souhaitée, obligent les acteurs à avoir des connaissances en planification, sur les causes des maladies, sur les solutions éventuelles à initier en faveur d'une amélioration de la santé des populations. La gestion des ressources financières et matérielles des centres de santé se fait à travers l'utilisation d'outils financiers et comptables dont la manipulation nécessite une formation. Il faut, pour être efficace, que les représentants de la communauté

disposent de certaines compétences. Et c'est ce qui fait grandement défaut car, le niveau de scolarisation et de formation des populations en zone rurale est très faible (Sombié et *al.*,2015).

### **V.5.2. Acteurs collectifs et participation aux activités de santé (lutte contre le ver de Guinée)**

Considérée comme une aubaine susceptible d'une part de rompre avec les obstacles engendrés par la verticalisation de l'administration en matière de politiques sanitaires et d'autre part, apporter une solution aux multiples problèmes d'accès aux soins dont les communautés rurales font face, la participation communautaire qui, dans sa forme théorique est bien structurée avec un partage des tâches entre la trilogie (Etat, COSAN, COGES et population rurale) est loin d'être une réalité en milieu rural tchadien. Des dysfonctionnements d'ordre institutionnel, la non maîtrise des rôles assignés à chacun des acteurs impliqués dans cette nouvelle stratégie, l'inefficacité du bénévolat communautaire n'ont pas permis de résoudre les problèmes liés à la santé des populations des zones rurales. Le fait que plusieurs expériences de participation communautaire aux actions de santé, n'aient pas atteint les résultats attendus, est connu. Plusieurs facteurs expliquent l'implication des communautés dans le processus décisionnel des services de santé. Parmi eux, des facteurs organisationnels et conceptuels ont été identifiés pour expliquer cette situation. Le modèle organisationnel des services de santé et les règles administratives en application ne favorisent pas un réel partage de pouvoir entre les populations et le personnel de santé (Sombié et *al.*, 2015).

Le contexte socio-économique tel que les relations entre les différentes couches sociales, les formes de hiérarchies sociales en vigueur et les relations de pouvoir qui en résultent, la nature de la collaboration entre les populations locales et l'administration publique, et le niveau économique, conditionnent l'implication des communautés dans le processus décisionnel des services de santé. Enfin, le gap entre les attentes des populations et les réponses proposées par les décideurs, les comportements peu respectueux des agents de santé, le manque d'informations constituent dans certains cas des obstacles à la participation communautaire. Les différents acteurs impliqués dans la résolution des problèmes sanitaires à travers l'approche communautaire évoluent en ordre dispersé. L'inefficacité des stratégies de ces acteurs s'est traduite par l'échec de l'approche multisectorielle mobilisée par le gouvernement pour éradiquer le ver de Guinée.

### **V.5.3. Les obstacles et contraintes d'une véritable participation communautaire en milieu rural, le siège de la pauvreté**

Dans les imaginaires collectifs, l'Etat est vu comme une institution dont la mission consiste à prendre en charge les problèmes majeurs des populations. La vision du gouvernement la plus répandue se rapporte à l'État-providence, c'est-à-dire l'institution dont le rôle est de garantir le mieux être social aux populations par la réalisation, le soutien au fonctionnement des services sociaux. La santé, l'éducation, le logement, le transport, sont les domaines où l'Etat est le plus sollicité. Et les communautés ont du mal à comprendre qu'on leur demande de se mobiliser pour consentir des efforts à suppléer à l'Etat dans la gestion des centres de santé (Sombié, 2015).

De nombreux centres de santé connaissent des irrégularités dans la gestion des ressources financières. Les plus courantes d'entre elles sont les détournements, les surfacturations, la vente illicite des médicaments et la tarification de certains actes gratuits. Le fait que l'état ait permis aux Centres de santé de gérer à leur niveau des sommes d'argent importantes issues des frais de consultation et la vente des médicaments, a constitué une opportunité pour certains infirmiers et les membres des COGES d'abuser de la confiance de la population. Tout appel à contribution est considéré comme une stratégie pour les COGES de se faire de l'argent. Ces accusations sont récurrentes dans les villages parcourus, d'ailleurs lors d'un focus group avec les membres du COGES du centre de santé communautaire de Moursal / Bâ-illi, les villageois accusent ouvertement les membres du COGES d'avoir bouffé l'argent cotisé pour le fonctionnement de leur centre de santé. Les populations sont convaincues que des ressources générées par les centres de santé sont suffisantes et disponibles pour permettre d'exécuter les travaux pour la réalisation desquels, leurs contributions sont sollicitées. Selon les termes des membres du COGES de Moursal / Bâ-illi :

*Quand la population avait cotisé pour la construction du centre, elle pensait que la prise en charge des malades sera gratuite. Sur ce point, on ne parle pas le même langage et ce qui fait que si on demande de l'aide à la population, elle refuse catégoriquement notre demande. Certains ne connaissent pas la valeur de la santé, s'ils dépensent 4000F ou 5000F, ils racontent au quartier qu'on est cher. On a fait beaucoup de sensibilisation sur ce point mais ils ne sont pas convaincus. (Extrait d'un focus group avec le COGES du centre de santé de Moursal / Bâ-illi).*

Les contributions financières et les efforts physiques demandés aux populations pour soutenir les activités du centre de santé sont négativement interprétés par les communautés. Elles les considèrent comme des tentatives voilées de détournement, de profits individuels

pour les membres du bureau COGES et les agents de santé. Mafuta (2016), souligne en contexte congolais au sujet des COSAN en ces termes :

*La relation entre les relais communautaires et le comité de santé n'est pas bien connue tant par la population, les relais communautaires que les prestataires de soins. De ce fait, les responsables de zones de santé limitent la participation communautaire aux activités de masse (financées). Il n'y a donc pas d'arrangements institutionnels permettant au COSA et aux relais communautaires d'avoir un pouvoir légal permettant de jouer pleinement le rôle de contrôle social. Même dans les documents de politique nationale de santé, d'ailleurs peu vulgarisés, les activités de participation communautaire sont peu décrites. Il n'y a pas de modules spécifiques de renforcement de compétences des membres de COSA. Ils ne reçoivent que des briefings en rapport avec les activités de masse qui sont organisées (Mafuta, 2016).*

#### **V.5.4. Des contraintes liées à la place prépondérante d'une pluralité de croyances étiologiques et d'itinéraires thérapeutiques**

L'échec cuisant de la mise en œuvre de la participation communautaire en milieu rural tchadien a renforcé davantage les pratiques locales en matière des recours aux soins parallèles notamment, les lieux sacrés, la voyance, la prière pour espérer avoir la santé. En effet, les comportements individuels de recours aux soins face à la maladie varient non seulement en fonction des caractéristiques des individus et du niveau d'équipement sanitaire, mais aussi selon les contextes social, culturel et historique (Franckel et *al.*, 2008). Les différents itinéraires thérapeutiques traditionnels empruntés par les populations des zones endémiques du ver de Guinée (ces pratiques ont été observées à Oulboye, un village situé à une trentaine de kilomètre du district sanitaire de Kyabé dans la délégation sanitaire du Moyen Chari) en cas de maladie dans un contexte de défaillance des politiques publiques de santé et la pauvreté financière des populations sont récurrents dans toutes les délégations.

De nombreuses défaillances, particulièrement en milieu rural où les structures sanitaires sont presque absentes rendant ainsi l'accès aux soins de santé conventionnels difficile. C'est ainsi que les populations adoptent d'autres moyens de traitement en cas de maladie. Dans une analyse similaire effectuée à *Mélong*, une commune du *Cameroun* située dans le département de Moungo / région du Littoral, Mbélla (2021) conclut en ces termes : « dans un contexte de pauvreté multidimensionnelle et d'enclavement géographique, les ménages des zones rurales enclavés de l'arrondissement de Mélong face aux difficultés d'accès aux soins de santé font de plus en plus recours aux pratiques socioculturelles comme mesure de traitement ».

### **V.5.5. Les difficultés du dialogue communautaire en milieu rural**

Le dialogue communautaire constitue le point de départ pour analyser et formuler des suggestions d'amélioration de la qualité des soins. En effet, les communautés doivent être au cœur de toute intervention de santé publique. Il est essentiel de connaître et de comprendre les communautés afin de travailler efficacement avec elles. Les multiples stratégies et approches doivent être utilisées pour impliquer les communautés. Cependant, des difficultés plurielles empêchent les populations des zones rurales de s'unir afin de trouver des solutions aux problèmes de santé. D'abord, il est à noter que le bénévolat n'a pas été apprécié par les communautés rurales. Toute action de participation a un coût car elle demande des efforts en temps ou/et en argent aux membres de la communauté. En effet, prendre part à une réunion suppose pour les individus de renoncer à certaines activités ou de dépenser de l'argent pour le transport. A cela s'ajoute le manque de transparence dans la gestion des biens communautaires, la démagogie voire les ruses souvent utilisées par les décideurs politiques pour endormir les populations rurales, des fausses promesses, les mésententes, etc., sont des véritables difficultés qui empêchent les populations rurales de mieux s'organiser pour résoudre les problèmes liés à leur santé.

### **V.5.6. Le manque des ressources infrastructurelles et humaines mobilisables et ses conséquences sur la mobilisation collective**

D'après l'UNICEF (2021), les normes favorisant la mobilisation des ressources en matière de participation communautaire sont axées sur les principales considérations administratives et de gestion qui déterminent un engagement communautaire de qualité. L'affectation de ressources à l'engagement communautaire nécessite beaucoup de capital humain et peut entraîner des impératifs opérationnels complexes qui impliquent une importante considération budgétaire, tels que les ressources humaines, la formation, des investissements de temps importants, la logistique et les protocoles de sécurité. En effet, la prestation de soins de santé de qualité repose sur cinq éléments fondamentaux à savoir, le personnel de santé, les établissements de soins, les médicaments, les appareils et d'autres technologies médicales, les systèmes informatiques et le financement (OMS et *al.*, 2019).

Au Tchad, il est observé des dysfonctionnements à tous les niveaux (central, intermédiaire et périphérique) en dépit de la mise en œuvre des politiques sanitaires mais également l'adoption d'un Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) couvrant la période 2013-2015. Il est à préciser que ce plan visait globalement à l'amélioration de l'état

de santé et du bien-être de la population par une meilleure adéquation qualitative et quantitative entre l'offre de prestations sanitaires et les besoins essentiels de la population. Il existe des disparités dans la couverture sanitaire des Régions et des Districts. Après plus de vingt ans, cette tendance persiste. La santé est mal partagée, ne cesse-t-on de répéter. Pire encore, elle varie selon les lieux au mépris de la plus élémentaire justice (Homiengnon et *al.*, 2016).

Le manque des infrastructures sanitaires est visible dans toutes les zones endémiques de dracunculose. Le problème majeur du système de santé est sa faible capacité à contribuer au développement d'un capital humain sain et productif. Ce problème central a pour conséquences : la faible adoption des comportements sains par les populations, les fortes prévalences et incidence des facteurs de risque des maladies évitables, une prise en charge des cas peu satisfaisante tant dans les formations sanitaires qu'au niveau communautaire, une morbidité et une mortalité évitables élevées, l'inaccessibilité financière des soins et services pour les bénéficiaires. Les conséquences sont nombreuses : une grande partie de la population n'a pas accès au système de soins par manque de moyens et se tourne vers les guérisseurs traditionnels, la pénurie des médicaments et des consommables dans les établissements publics. Le faible accès aux soins de santé s'explique par l'insuffisance d'équipements et de personnel. Vancutsem (2011 :11) fait une analyse des difficultés que rencontrent les structures hospitalières en contexte togolais en ces termes :

*Les infrastructures sont inadéquates et insuffisantes face aux besoins. Et il en va de même pour les équipements et le matériel. Peu de dispensaires ont la chance d'avoir de l'eau courante ou de l'électricité ; seulement certains détiennent des plaques solaires grâce aux dons de certaines ONG. Dans les centres de référence, le nombre de lits pour l'hospitalisation est insuffisant, l'équipement détenu pour les interventions chirurgicales, la radiologie, les soins intensifs, etc. est réellement inadéquat et incomplet pour un centre de référence de toute la région. De plus, les systèmes logistiques souffrent d'infrastructures faibles, de services essentiels insuffisants, tels que le transport et l'informatique, et d'un manque de ressources humaines compétentes.*

En principe, l'amélioration des conditions de santé dans les pays pauvres devrait être une priorité dans les politiques de développement, non seulement parce que les problèmes de santé sont une dimension à part entière de la pauvreté, mais aussi parce que de mauvaises conditions de santé contribuent à enfermer, au niveau macroéconomique, les pays pauvres dans un piège de sous-développement. L'expérience historique des pays émergents montre que l'amélioration des conditions de santé a joué un rôle décisif au démarrage de leur processus de développement (Berthélemy, 2008 cité par Berthélemy & Seban 2009 ).



Les pouvoirs publics ont tendance à privilégier, dans le domaine sanitaire, le milieu urbain plutôt que le milieu rural. Les autorités administratives et sanitaires ont pour volonté de faire de l'hôpital un objet urbain. L'espace urbain est plus équipé que l'espace rural. Si les zones rurales ne peuvent abriter tous les types de formations sanitaires, leurs populations doivent pouvoir en principe se déplacer facilement pour avoir accès aux équipements sanitaires urbains inexistantes en milieu rural. Mais ce n'est pas toujours le cas (Homiengnon et *al.*, 2016). Dans un rapport intitulé : la santé pour tous en zone rurale Killian (2018) souligne que :

*Dans les pays à faible revenu, la population en zone rurale est majoritaire et, pourtant, ces territoires sont désertés par les soignants. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à 1 milliard le nombre de personnes privées de tout service de soins et 4,8 milliards de personnes, principalement en région rurale, n'ont, à ce jour, pas accès à des soins chirurgicaux sûrs et abordables. L'épineuse question de l'accès aux soins primaires semble donc universelle, mais les pays à faible revenu et leurs zones rurales en paient le plus lourd tribut.*

#### **V.5.7. Des contraintes et résistances liées à la gratuité des services communautaires**

Plusieurs pays africains comme le Tchad misent sur la santé communautaire pour aider à l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé et ont adopté leurs propres stratégies. Ces initiatives ont été renforcées par la Déclaration de Ouagadougou sur les Soins de Santé Primaires et les Systèmes de Santé en Afrique, à laquelle les Etats membres de l'OMS ont adhéré en Avril 2008. Cette Déclaration réaffirme la pertinence de l'implication, de la participation et de l'autonomisation des communautés dans l'optique du développement sanitaire en vue d'améliorer leur bien-être, et reconnaît l'importance des partenariats fondés sur la concertation, en particulier avec la société civile, le secteur privé et les partenaires de développement (MSP, 2014). Cependant, les échecs répétés des actions antérieures de développement ont contribué à fragiliser la confiance d'une part entre les populations, d'autre part entre les communautés. Un grand défi auquel font face les services de santé en milieu rural tchadien concerne la confiance qui ne cesse d'influencer l'utilisation des services, la collaboration entre les acteurs.

Les réticences des communautés à cotiser en faveur du service de santé, à soutenir les actions des COGES, à utiliser les services de santé. Des discrédits sont souvent jetés sur le fonctionnement des centres de santé. Les membres de la communauté ont laissé apparaître des perceptions négatives de la participation communautaire. La mise en œuvre de cette stratégie

est moins perçue comme une opportunité de renforcement des pouvoirs des communautés au sein des services de santé qu'une occasion offerte à une catégorie d'acteurs d'atteindre leurs objectifs personnels. Le doute émis quant aux objectifs de cette innovation trouve en partie son explication dans le contexte actuel de fonctionnement des services de santé, empreints de corruption et autres formes de détournement. Cette situation a contribué à la détérioration de la confiance entre les communautés et le système de santé, ce qui rend la collaboration difficile voire conflictuelle (Sombié et *al.*, 2015).

Au terme du chapitre 5 qui a traité les questions liées à l'engagement communautaire et lutte contre le ver de Guinée, plusieurs points ont été analysés. Il est ressorti de ce chapitre que la participation communautaire, meilleure stratégie d'impliquer les communautés rurales dans l'éradication du ver de Guinée, n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés par le programme national d'éradication du ver de Guinée. Elle n'a non seulement pas été effective dans l'ensemble des zones endémiques mais les acteurs locaux impliqués dans cette lutte rencontrent d'énormes difficultés. Pourtant, l'engagement communautaire est une composante essentielle de la pratique du développement international et de l'aide humanitaire. Partout dans le monde et dans tous les contextes, les approches d'engagement communautaire aident les communautés à prendre leurs propres mesures pour résoudre leurs problèmes les plus urgents (UNICEF, 2021).

Au niveau périphérique, les communautés rurales méconnaissent leurs rôles faute d'orientations. Les acteurs communautaires ne sont pas associés à la prise des décisions, tout se passe au niveau central et intermédiaire. Les doléances et besoins fondamentaux exprimés par les acteurs locaux susceptibles d'aider à éradiquer le ver de Guinée ne sont pas prises en compte par les acteurs institutionnels. Les COGES qui devraient être le fer de lance de cette nouvelle dynamique éprouvent des difficultés à jouer pleinement leurs rôles. Les conflits de leadership, le faible niveau de scolarisation des membres, le faible soutien des autres acteurs du système de santé retardent la réussite de cette nouvelle donne. Il faut également préciser que les agents de santé communautaire ne sont également pas actifs dans plusieurs villages. Il est observé un manque d'engagement voire de collaboration des communautés. Cette réticence est justifiée par la gratuité des tâches pour lesquelles les membres des communautés sont conviés.

## **CHAPITRE VI : CONTRAINTES A L'ERADICATION DU VER DE GUINEE ET RESILIENCES DES COMMUNAUTES/MALADES**

La lutte contre la maladie du ver de Guinée au Tchad est entachée des contraintes et obstacles pluriels. Ce chapitre tente de comprendre et d'expliquer les goulots d'étranglement à l'éradication de la dracunculose au Tchad. Les problèmes abordés s'articulent autour de la disponibilité et l'accessibilité des ressources, de l'acceptabilité des ressources, et de la crise du système de santé. Outre cela, des questions liées à la faible mobilisation de l'approche multisectorielle, la non mobilisation de la Communication pour le développement ont été analysées. Des goulots d'étranglement au niveau communautaire, la vulnérabilité sociale en milieu rural, des formes de résiliences observées chez les acteurs et communautés n'ont pas été perdus de vue. Enfin, les craintes et les souhaits des différents acteurs de lutte contre le ver de Guinée au Tchad ont bouclé ce chapitre.

### **VI.1. Contraintes et goulots d'étranglement à l'éradication du ver de Guinée au Tchad**

La présence de la maladie du ver de Guinée dans une zone est en général signe d'une pauvreté abjecte. En l'absence d'un vaccin ou d'un traitement médical, ce sont principalement les interventions auprès des communautés en vue d'informer la population et de changer les comportements qui permettent d'éradiquer la maladie du ver de Guinée (carter, 2019). Il s'agit par exemple des démonstrations de méthodes de filtrage de l'eau à consommer, attachement prolongé des chiens et de tenir les patients à l'écart des sources d'eau. Le programme d'éradication du ver de Guinée au Tchad donne la priorité au traitement des sources d'eau avec le larvicide Abate, à l'enfouissement des entrailles de poissons pour éviter que les chiens ne les mangent, et au maintien. Cependant, malgré les agents déployés sur le terrain, la mise en œuvre des interventions multiformes par le PNEVG et la coordination de la contribution des partenaires techniques et financiers, des goulots d'étranglements pluriels empêchent considérablement l'éradication du ver de Guinée au Tchad.

### **VI.2. Goulots d'étranglement liés à la disponibilité des ressources**

La lutte contre les endémies nécessite assez des ressources (humaines, matérielles, financières) qui doivent être gérées de manière rigoureuse afin de parvenir à un résultat satisfaisant. Au Tchad, le processus d'éradication de la maladie du ver de Guinée déclenché depuis 1991 par les autorités sanitaires à travers la mise en place du PNEVG a du mal à mettre fin à la transmission des cas et infections du ver de Guinée. Cet échec cuisant

s'explique par des principaux goulots d'étranglement liés aux ressources humaines qualifiées. Les ressources humaines sont l'un des principaux piliers du système de santé. Il s'agit d'un des déterminants majeurs de la santé et du développement. Leur existence en nombre et en qualité devrait permettre l'atteinte des Objectifs de Développement Durable (ODD) relatifs à la santé dans de nombreux pays. Malheureusement, la crise des ressources humaines en santé au Tchad se fait sentir à l'échelle nationale (MSP, 2016). En effet, la question des personnels de santé est, depuis longtemps, cruciale au Tchad. Les formations sanitaires sont confrontées à une insuffisance en ressources humaines en quantité et en qualité. Même si le nombre du personnel de santé a augmenté, notamment au niveau médical, il y a encore de nombreux problèmes quant à sa répartition géographique, sa motivation et sa fidélisation. Par ailleurs, la qualité de ce personnel reste un handicap énorme pour le système de santé.

Pour la surveillance épidémiologique du ver de Guinée, le programme s'appuie beaucoup plus sur la participation de bénévoles et d'« agents de santé communautaires » de formation disparate et dont la contribution est en grande partie invisible et non reconnue institutionnellement. Au titre de rappel, en 1978, il était admis à la Conférence d'Alma-Ata que les soins de santé primaire (SSP) étaient un moyen de réaliser la « Santé pour tous à l'an 2000 ». Les premières applications ont été faites dans certains pays africains (Éthiopie, Sénégal, Madagascar, etc.) et asiatiques (Chine, Népal), à travers les agents de santé villageois, les aides-soignants ou les matrones. Ces acteurs, nommés Agents de santé communautaire (ASC), ont été impliqués au côté de l'infirmier comme des auxiliaires (aide à la préparation des soins, sensibilisation et communication). Singulièrement, les ASC ont été chargés d'activités relativement simples concernant la sensibilisation et parfois la prise en charge pour des problèmes comme la fièvre jaune, les diarrhées, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la vaccination (Landry 2012). Cette catégorie des agents mobilisée par le programme n'ont pas une connaissance requise de la maladie du ver de Guinée moins encore des stratégies adéquates pour convaincre les communautés à mettre en pratique les messages de sensibilisation.

Le fait d'être originaire du village ne facilite pas toujours le travail. Des relais ont refusé de visiter des concessions de leur village parce que leurs familles respectives étaient en conflits (sociaux).

*Le relais est généralement apprécié et écouté dans son village d'origine. Il est vu par les parents comme un modèle de dévouement et d'engagement : c'est un fils du terroir qui a accepté de mettre son temps au service de la population. Cette identité qu'on lui attache renforce son prestige social et influence l'attitude des*

*familles face au traitement préventif intermittent. Cependant, il faut aussi remarquer que le fait d'être originaire du village ne facilite pas toujours le travail : à Keur Socé, des relais ont refusé de visiter des concessions de leur village parce que leurs familles respectives étaient en conflits (politiques, sociaux). Cela veut dire que la personnalité du relais, et la manière dont la communauté apprécie ses qualités, déterminent la conduite des parents face aux services de soins qu'il administre (Ruebush, Weller, Klein, 1994 cités par Landry 2012).*

Cela veut dire que la personnalité du relais, et la manière dont la communauté apprécie ses qualités, déterminent la conduite des communautés rurales face à la sensibilisation (Ruebush, Weller, Klein, 1994 ; cités par Faye, 2012). Selon le collectif Burnier & Lorenz (1994) :

*La volonté d'inclure la communauté elle-même dans la réalisation des objectifs visant à la santé pour tous aboutit à la mise en place d'un nouveau système de santé, plus équitable, celui des Soins de santé primaires (SSP). Mais inévitablement cette tâche, visant davantage à la promotion de la santé qu'aux seuls soins curatifs, revient aux agents de santé, notamment aux agents de santé villageois (ASV), de catégorie très variable selon les pays. Plus agents sociaux que cliniciens, sans formation approfondie donc bon marché et par conséquent à disposition en abondance, ces ASV doivent paradoxalement exécuter des tâches très difficiles telles que la communication avec la population : le fait de vivre dans la communauté, la connaissance de la langue, de la culture locales ne sont pas toujours suffisants pour transmettre de manière pertinente des messages visant à obtenir de la population des changements de comportement tels que l'usage de latrines, d'eau propre, l'élimination des ordures, etc., ceci d'autant plus que la population est peu disposée à prêter une oreille attentive à des agents de santé formés en quelques mois, dont les capacités professionnelles n'apparaissent pas crédibles et qui de plus s'occupent de prévention plus que de soins curatifs. Ajoutons que le rôle des ASV se complique encore par leur position charnière entre le système de santé officiel et la communauté desservie.*

Les causes des goulots prioritaires sont le nombre insuffisant de personnels formés, l'inégale répartition des agents dans les zones endémiques, les barrières financières directes et indirectes. La coordination du programme manque des ressources humaines suffisantes pour couvrir l'ensemble du territoire national. Cette difficulté limite considérablement la capacité du programme à maîtriser la surveillance épidémiologique. D'après Tchonfinet, coordonnateur adjoint du programme, la mobilité des agents déployés sur le terrain pose problème :

*D'abord je vais commencer par la mobilité des agents sur le terrain. Sur le terrain, les agents en charge de la surveillance de la maladie du ver de Guinée sont très mobiles. Au début du programme, on a formé pas mal des agents de santé sur les activités de surveillance notamment dans les zones endémiques, mais*

*quand vous venez en supervision six mois plus tard, vous trouvez des nouveaux. On a déplacé tous ces agents que vous avez formés là ailleurs, quelquefois dans les zones qui ne sont pas endémiques de la maladie du ver de Guinée, là ça pose un peu de problème.*

Il conclut en ces termes :

*Le Centre Carter met à la disposition du programme des agents, il y a une catégorie qu'on appelle des conseillers techniques, eux aussi, ils ne sont pas...je dirai, ils ne restent pas longtemps dans leur poste parce que souvent c'est des expatriés et quand ils viennent, ils ne peuvent pas faire, rare sont ceux qui font deux ans d'affilées.*

Sur le plan financier, le programme se contente uniquement de l'appui de ses principaux partenaires financiers qui sont le centre carter et l'OMS pour mener des activités de surveillance épidémiologique dans les zones endémiques et dans les camps des réfugiés. Le programme ne dispose pas des moyens roulant en dehors du véhicule de la coordination. Il est à signaler que le centre carter recrute les agents et les met à la disposition du programme dans la lutte contre le ver de Guinée.

### **VI.3. Goulots d'étranglement liés à l'accessibilité aux ressources**

Hormis ses partenaires, le programme ne parvient pas à mobiliser les fonds pour financier les activités de lutte contre le ver de Guinée. Pourtant, le renforcement de la mobilisation des ressources intérieures est un aspect essentiel de garantir la santé pour tous. Il faudra non seulement obtenir de plus amples ressources extérieures, mais aussi, et cela est important, accroître les ressources intérieures consacrées à la santé pour combler le déficit de financement enregistré. A titre d'exemple, les budgets alloués au secteur de la santé sur les périodes des Plan Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS1 et 2) pour leur mise en œuvre ont été bien en deçà des recommandations d'Abuja et traduisent un sous-financement du secteur. Les ressources extérieures, quant à elles, ne sont toujours pas bien coordonnées. Le secteur fait l'objet de mécanismes de gestion parallèles dans le cadre des projets et programmes appuyés par les partenaires techniques et financiers (MSP, 2016). La coordination à tous les niveaux demeure toujours faible en raison de l'insuffisance des ressources, de la faible circulation de l'information entre les services et de la faible organisation des services. Les responsables concernés s'approprient peu de leurs activités. Dans le cadre des PNDS1 et 2, le niveau central a réalisé des supervisions intégrées insuffisamment programmées. Cependant, ces supervisions se sont faites de manière irrégulière en raison de l'insuffisance de ressources financières, humaines et logistiques pour atteindre toutes les régions. En périphérie, les supervisions souffrent aussi d'une insuffisance

de moyens financiers et logistiques. Les services et les soins offerts, y compris les plus essentiels d'entre eux, ne correspondent pas toujours aux attentes de la population. Certes, des progrès ont été réalisés, comme par exemple, dans le domaine de la vaccination grâce aux campagnes qui sont régulièrement organisées. Mais dans bon nombre de domaines, les insuffisances sont importantes.

#### **VI.4. Goulots d'étranglement liés à l'acceptabilité des ressources**

L'acceptabilité s'améliore lorsque les usagers ont accès à des personnels de santé dont le profil, le sexe, l'âge, les compétences, le tissu culturel et linguistique et avant tout les attitudes et les comportements (respect, absence de discrimination, bonne communication et empathie) répondent à leurs attentes. Etant donné que les agents de santé villageois, sans profil requis sont souvent mobilisés par le programme pour lutter contre le ver de Guinée, les communautés ont du mal à accepter leurs prestations car, ils n'ont pas l'expertise pour analyser et interpréter les données du centre ou pour influencer la qualité de l'offre de soins de santé (Mafuta, 2016). Ils font l'objet des injures de la part des communautés qu'ils sont censés sensibiliser. Des refus d'adhérer aux bonnes pratiques face au ver de Guinée ont été observés dans les villages endémiques de dracunculose.

#### **VI.5. Contraintes liées à la crise du système de santé**

Selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2007) repris par Bonvalet-Döring & Russo, 2021), un système de santé recouvre « *l'ensemble des organisations, institutions, ressources et personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé* ». Il s'agit de structures complexes, impliquant un très grand nombre d'acteurs qui doivent relever une pluralité de défis. Principal défi : il faut pouvoir disposer d'un personnel soignant en effectifs et en formation suffisants. Les systèmes de santé doivent aussi être capables d'assurer un approvisionnement et une distribution en médicaments et en matériel médical de qualité contrôlée, mais aussi la maintenance et la gestion d'infrastructures de plusieurs niveaux (de l'hôpital au centre de santé) afin de permettre une prise en charge adéquate sur l'ensemble du territoire. Malheureusement, depuis la survenue de la crise économique des années 80, les hôpitaux publics en Afrique, sont devenus de véritables mouloirs du fait que les pouvoirs publics ne pouvant plus assumer leur responsabilité. L'on observe des difficultés pour les autorités sanitaires et hospitalières à faire face aux questions d'hygiène, de gestion des déchets et de lutte contre les infections nosocomiales. La collecte, la récupération, le recyclage, le traitement et l'élimination finale des déchets hospitaliers deviennent une véritable gageure pour les établissements hospitaliers. Selon Hours (1985) dans l'Etat sorcier : santé publique et société au Cameroun, dans le secteur public en matière



de soins en général, les conditions dans lesquelles fonctionnent les services hospitaliers sont sordides et ceux-ci apparaissent comme des « mouiroirs ». Il poursuit en estimant que l'Etat apparait comme le seul multiplicateur de la sorcellerie qui entoure ce rôle et amène les investissements à être peu productifs (Ngo Likeng 2021).

La qualité des soins est souvent évaluée par un indice qui prend en compte la présence ou l'absence de médicaments essentiels, mais cette qualité dépend aussi d'autres facteurs comme la motivation des personnels, leur compétence et l'organisation des soins (Tizo & Flori, 1997). Les ressources humaines pour la santé représentent non seulement la composante la plus chère du système de santé (dans la plupart des pays, les ressources humaines représentent environ 70% des coûts des soins de santé) mais constituent également le facteur décisif dans une prestation de services de santé équitable, efficace, efficiente et accessible. Toutefois l'impact que pourra avoir un personnel de santé plus performant sur les services, et partant sur la santé elle-même, risque d'être limité si d'autres composantes du système de santé capitales pour la productivité du personnel restent sous-développées (Cadre d'action RHS, 2021).

La problématique de la compétence en soins de santé et donc de la prise en charge des MTN et infections nosocomiales est aussi l'un des soucis majeurs de santé en Afrique. L'insuffisance des ressources humaines / professionnelles et le manque de motivation ouvrent la voie à de nombreuses dérives dans les processus de prise en soin de ces pathologies singulières en particulier. Il faut reconnaître que concernant certaines MTN, les compétences manquent dans certains pays. La baisse des compétences est critique s'agissant de la lutte anti vectorielle, de la prise en soins des cas, de la gestion des pesticides et des aspects vétérinaires de la santé publique (Ngo Likeng 2021).

Au Tchad, les ressources consacrées aux systèmes de santé sont réparties très inégalement, et d'une manière qui ne correspond absolument pas à la distribution des problèmes de santé. La prise en charge des problèmes spécifiques des populations nomades, insulaires et celles des zones d'accès difficile par exemple n'a pas été assurée correctement. IL est noté des infections du ver de Guinée chez les chiens des nomades.

En dépit de l'organisation de son système de santé de type pyramidal à 3 niveaux mais aussi ses multiples partenaires techniques et financiers. Quelques indicateurs sur la disponibilité des services de santé selon l'enquête d'évaluation de la disponibilité et de l'état

de préparation des services (SARA, 2015) au Tchad ont permis de comprendre les facteurs favorisant la crise du système sanitaire :

- ✓ La densité d'établissements de soins (nombre d'établissements pour 10 000 habitants) pour mesurer l'accès aux services de consultation externe : elle est de 0,96 établissements de santé pour 10 000 habitants, contre une norme OMS de 2 établissements pour 10 000 habitants ;
- ✓ La densité de lits d'hospitalisation (nombre de lits pour 10 000 habitants) pour apprécier l'accès aux services d'hospitalisation, est de 3 lits/10 000 habitants, contre une norme de l'OMS de 25 lits/10 000 habitants pour les pays à faibles revenus) ;
- ✓ L'indicateur de densité de personnels médicaux de base est de 2,74 professionnels de santé de base pour 10 000 habitants, contre la norme OMS de 23 travailleurs de santé pour 10 000 habitants ;
- ✓ L'indice de disponibilité de l'infrastructure sanitaire est faible à 11,96% au niveau national ;
- ✓ L'indice de disponibilité du personnel de santé est faible au niveau national (13,80%), tandis qu'il est très élevé à N'Djaména (82,96%) ;
- ✓ L'indice de disponibilité des services, calculé en utilisant les 3 indices (indice de la disponibilité de l'infrastructure sanitaire, indice de disponibilité du personnel et l'indice d'utilisation des services) est faible (10,20% au niveau national) (MSP, 2016).

Le système sanitaire tchadien est caractérisé par une faible utilisation des formations sanitaires, des soins de faible qualité, un personnel de santé insuffisant et des approvisionnements en intrants (médicaments et consommables) très irrégulier. Plusieurs sources confirment la faiblesse des indicateurs du secteur de la santé. La couverture sanitaire nationale reste insuffisante : de nombreuses zones de responsabilité éloignées et à faible densité de population, ne disposent pas de centres de santé. Certains hôpitaux de district sont généralement très éloignés de la population et ne disposent pas toujours des intrants nécessaires pour offrir un paquet complémentaire d'activités complet et de qualité. D'après Tizo (2004), les mesures de politique de santé et de protection sociale, dès lors qu'elles ne correspondent plus aux préférences de la population, sont source de mécontentement, voire de tensions sociales qui hypothèquent la viabilité même à court terme du système dans son ensemble. En effet, les services et les soins offerts dans les formations sanitaires au Tchad, y

compris les plus essentiels d'entre eux, ne correspondent pas toujours aux attentes de la population. Certes, des progrès ont été réalisés, comme par exemple, dans le domaine de la vaccination grâce aux campagnes qui sont régulièrement organisées. Mais dans bon nombre de domaines, les insuffisances sont importantes.

Dans beaucoup de pays, la couverture sanitaire des populations rurales reste incomplète. En termes d'infrastructures, les systèmes de santé sont souvent en retard sur une croissance démographique soutenue. Du côté des traitements médicamenteux, tant la disponibilité que l'accessibilité des traitements posent problème. La faible disponibilité de traitements efficaces découle avant tout du sous-investissement dans la recherche pharmaceutique pour les maladies tropicales (Van Lerberghe, De Béthune & De Brouwere, 1997 ; Pécoult et *al.*, 1999 cités par Meessen & Wim Van Damme, 2005). Dans un rapport publié par la Commission Economique pour l'Afrique & Centre de Développement Sous Régional pour l'Afrique Centrale (2002), il est mentionné que l'accessibilité des populations aux services sociaux essentiels tels que les soins de santé, l'éducation, l'eau potable, l'électricité, etc. est une réelle difficulté. En matière de santé, l'insuffisance des revenus ne permet pas aux populations d'accéder aux soins et aux médicaments essentiels. Sous un autre angle, la dégradation des conditions sanitaires des populations s'explique également par la faible accessibilité à l'eau potable, par la sous-alimentation ou par une alimentation non équilibrée. L'accès à l'eau potable est considéré comme un des principaux droits de l'homme. Cette considération confère à l'eau un statut particulier par rapport aux autres biens économiques. L'accessibilité à l'eau potable reste malheureusement très coûteuse et nécessite un apport financier important des pouvoirs publics. Les difficultés budgétaires des Etats de la sous-région liées à la forte récession économique limitent leur intervention. C'est ce qui explique le faible niveau des populations ayant accès à l'eau potable.

Une autre contrainte majeure du côté de l'offre est l'insuffisance d'un personnel qualifié. Formé en nombre insuffisant, ce dernier est également mal distribué. Partout, les zones rurales restent mal couvertes. En Afrique australe, la situation est rendue encore plus inextricable par la réduction du nombre de médecins et infirmiers disponibles.

#### **VI.6. Contraintes liées à la faible mobilisation de l'approche multisectorielle ou intégrée**

D'après l'OMS (2000), l'approche multiple de la surveillance des maladies demande que l'on examine toutes les activités de surveillance entreprises par un Etat membre en tant que service public général. Ces activités font appel à des structures semblables et très souvent aux mêmes ressources, aux mêmes processus et aux mêmes agents. Selon l'OMS, la

surveillance des maladies doit se fonder sur la récolte des seules données strictement nécessaires pour atteindre les objectifs de la lutte. Il est important de pouvoir recourir à des systèmes de surveillance spécialisés, surtout en présence de problèmes de surveillance complexes, avec des besoins très particuliers en matière d'information. Les programmes d'éradication et d'élimination peuvent devoir faire appel à un programme de surveillance très actif qui demande la détection et l'identification de chaque cas. En effet, tous les partenaires impliqués dans la lutte contre le ver de Guinée au Tchad poursuivent les mêmes objectifs : « *éradiquer le ver de Guinée sur l'ensemble du territoire* ». Cet objectif commun amène ces divers acteurs à collaborer ensemble.

L'OMS prône l'éradication, fournit des orientations techniques, coordonne les activités d'éradication, fait appliquer les mesures de surveillance dans les régions exemptes de dracunculose, suit les progrès accomplis et publie des rapports à ce sujet. Institution spécialisée des Nations-unies pour la santé, l'OMS canalise l'aide apportée par la communauté internationale, les donateurs, les partenaires et les dirigeants politiques dans les pays et les communautés d'endémie afin d'interrompre et contenir la transmission de la dracunculose (OMS : 2009). Selon les propos de Moudai, par ailleurs, Coordonnateur adjoint du Programme : « *L'OMS appuie aussi dans le processus de la certification. Ça veut dire que, comme les règles pour arriver à la certification sont déjà dessinées, c'est l'OMS qui nous aide à suivre ces règles-là pour qu'un jour nous arrivions à la certification du pays* ». Pour comprendre les étapes qui aboutissent à la certification d'un pays ayant éradiqué le ver de Guinée, le coordinateur national, Tchindébet Ouakou donne les détails :

*Vous savez, la maladie du ver de Guinée, y'a la phase d'interventions, la phase de pré-certification, la phase de certification c'est-à-dire quand vous commencez déjà la mise en œuvre. Par exemple trois (03) ans, vous ne notifiez plus un cas de ver de Guinée sur l'ensemble du territoire. Vous entrez dans la phase de pré-certification. Maintenant, trois (03) ans pendant cette phase de pré certification, vous n'avez plus notifié le ver de Guinée sur l'ensemble du territoire, vous passez de la phase de pré-certification à la phase de certification (Entretien réalisé en janvier 2020 à N'Djamena).*

Le Centre Carter dirige la campagne internationale d'éradication du ver de Guinée et travaille en proche collaboration avec les programmes nationaux, le Centre Carter fournit une aide technique et financière aux programmes nationaux d'éradication du ver de Guinée pour interrompre la transmission de la maladie. Le centre Carter est présent au Tchad depuis 2011 suite à l'invitation du gouvernement tchadien. D'après le Coordonnateur Adjoint du programme : « *Dans le mémorandum qui a été signé entre le Centre Carter et le*

*gouvernement, le Centre CARTER fait partie intégrante du programme et donc on ne devait plus parler même de collaboration. C'est une partie même du programme » (Tchonfinet Moundai, entretien réalisé le 05/11/2019 à N'djamena).*

Les CDC fournissent une aide technique et vérifient que les vers, chez ces derniers patients, sont réellement des vers de Guinée. Les propos du Coordonnateur Adjoint ci-dessous résument les contributions des différents partenaires qui appuient le programme mais aussi leurs limites.

*Le programme national d'éradication du ver de Guinée, il est vrai, des partenaires qui l'appuient dans sa mission, j'avais commencé par l'OMS qui est un partenaire principal et qui nous appuie financièrement et techniquement dans les activités transfrontalières surtout et aussi dans les activités que nous menons au sein des populations réfugiées, en plus, c'est elle qui nous appuie aussi dans le processus de la certification. Ça veut dire que, comme les règles, pour arriver à la certification, sont déjà dessinées, c'est l'OMS qui nous aide à suivre ces règles-là pour qu'un jour nous arrivions à la certification du pays. A côté de l'OMS, il y a aussi le Centre Carter qui nous appuie financièrement et techniquement dans la surveillance sur l'ensemble du territoire. Je dis sur l'ensemble du territoire, c'est sur papier, mais en réalité, le Centre Carter nous appuie seulement dans les zones endémiques, là il a placé des agents locaux qui nous aident dans la surveillance quotidienne de la maladie du ver de Guinée dans leur village respectif. Un autre partenaire, c'est aussi l'UNICEF qui en principe nous aide à implanter des sources d'eau potable dans les villages endémiques, mais je dirai que ce n'est pas systématique. Une fois, nous nous sommes rapprochés de l'UNICEF qui nous a... qui a mis à notre disposition ou bien à la disposition de nos villages endémiques une vingtaine de forage. Mais après ça, plus rien. Je dirai que l'UNICEF n'inscrirait pas dans son plan d'action l'approvisionnement des villages endémiques de ver de Guinée en eau potable. Mais quand le programme s'approche de l'UNICEF comme c'est le cas une fois, elle a répondu favorablement (Tchonfinet Moundai, entretien réalisé le 05/11/2019 à N'djamena).*

Depuis sa notification en 2012 pour la première fois chez les animaux, l'éradication de la maladie du ver de Guinée est devenue de plus en plus complexe en milieu rural tchadien. Le programme d'éradication du ver de Guinée a multiplié les stratégies de lutte en impliquant d'autres départements ministériels à savoir : le Ministère de l'hydraulique urbaine et rurale, le Ministère de l'environnement et de la pêche, le Ministère de l'élevage et des ressources animales, le Ministère de la communication, le Ministère de l'éducation nationale, le Ministère de l'enseignement supérieur, etc., afin de couper la chaîne de transmission parce que :

*Une politique de promotion de la santé efficace nécessite une approche multisectorielle. Les mesures centrées sur les comportements individuels*

*favorables à la santé ne suffisent pas et ne sont pas durables si elles ne sont pas accompagnées par des politiques publiques et des programmes visant à créer un environnement physique, social et économique qui influence positivement l'état de santé des populations (Abrassart et al., 2017).*

« *Le problème est complexe et c'est pour ça que l'approche multisectorielle-là vient à point nommé parce qu'il faut impliquer tout le monde* ». Précise Manga Patrick, technicien au Ministère de l'environnement et de la pêche. Mais en pratique, le programme a fait face à d'énormes difficultés qui mettront en péril cette initiative qui a suscité tant d'espoir au sein de la coordination du programme de lutte contre la dracunculose. En réalité :

*C'est seulement dans les réunions. On n'a jamais mené des actions concertées comme ça sur le terrain une fois avec ces différents ministères. Certes, on se retrouve dans les réunions, on discute du ver de Guinée, mais on n'a jamais pris des actions concrètes pour mener sur le terrain ensemble avec un autre Ministère une fois. Ça n'existe pas jusque-là (Tchonfinet Moundai, Coordonnateur adjoint du PNEVG. Entretien réalisé à N'djamena, 2019).*

Le manque de volonté, l'insuffisance des ressources et la circulation de l'information qui doivent sous-tendre la synergie entre les services demeurent faible et nécessitent un renforcement de la communication interne et externe, ainsi que des mécanismes de collaboration intersectorielle en faveur du ver de Guinée (MPS, 2016).

*On a beaucoup de partenaires mais y a un aspect qui a été négligé. Quand on voit au niveau des partenaires, ils mettent l'accent sur le village qu'il faut aller chercher le ver de Guinée. Mais ils ont oublié la mobilisation sociale. Qui dit mobilisation sociale, il faut impliquer les autorités administratives, religieuses à tous les niveaux et sans ça, nous ne pouvons pas. Avant on n'avait pas une unité de communication. Je crois ça fait déjà 2 à 3 ans qu'il y avait une unité de communication, le problème est en train d'être résolu (Tchindebet Ouakou, Coordonnateur du PNEVG)*

Tchonfinet Moundai propose une piste de solution pour éradiquer le ver de Guinée en ces termes :

*Il faut impliquer tout le monde. J'aurai souhaité qu'il ait un forum qui regroupe tous les Ministères concernés. J'entends par Ministères concernés, le Ministère de l'élevage, le Ministère de l'eau et de l'environnement et de la pêche, le Ministère de la communication aussi. Même l'éducation justement. Le Ministère de l'éducation, le Ministère de l'enseignement supérieur. Tous ces Ministères-là doivent se retrouver dans un forum pour discuter et permettre au programme national d'éradication du ver de Guinée de partir sur de nouvelles bases sinon la fin de la maladie du ver de Guinée au Tchad n'est pas pour demain.*

Oui, impliquer tout le monde dans l'éradication du ver de Guinée d'accord, mais la question fondamentale liée à la définition des tâches de ces différents acteurs institutionnels demeure toujours sans réponse.

*Et il y a les Ministères partenaires, je ne sais pas s'il faut vraiment les citer parce qu'on a tant parlé du Ministère de l'élevage surtout avec l'implication des animaux ces derniers temps dans le cycle de la transmission, on a parlé aussi du Ministère de l'eau de l'environnement pour l'approvisionnement en eau, mais ça je dirai que c'est resté au stade embryonnaire, il n'y a pas d'activités conjointes comme ça avec ces différents Ministères là dans la lutte contre le ver de Guinée (Tchonfinet Moundai).*

Selon les termes de Nguénamadji Alexis :

*Un programme national interpelle tout le monde, nous avons des ONG, l'apport des autres secteurs, il faut reconnaître que le besoin en eau potable est resté encore au cœur de nos préoccupations, oui, et là partout dans ma zone, là où nous partons, la population consomme directement l'eau de mare, l'eau de fleuve ou encore l'eau de carrière. Il est important que d'autres secteurs viennent aussi à notre secours parce qu'il est dit dans un adage que la seule main ne peut pas faire quelque chose, c'est l'union qui fait force, mais maintenant nous constatons sur le terrain, nous sommes abandonnés à notre triste sort, nous sommes seuls devant un combat qui nous dépasse, alors que c'est un combat qui devait faire l'objet de plusieurs secteurs et ensemble nous pouvons facilement éradiquer cette maladie. On ne doit pas seulement laisser le problème au programme ou encore au Centre Carter devant cette situation (Entretien réalisé en ligne, Janvier 2020).*

S'appuyant sur les difficultés rencontrées sur le terrain, Nguénamadji Alexis, Agent renfort au Centre Carter déclare :

*Nous demandons aussi au programme ou encore au gouvernement d'impliquer d'autres secteurs comme par exemple la justice ou les chefs traditionnels dans cette lutte, c'est-à-dire, il faut qu'il ait une loi, en cas de négligence de telle, il faut qu'il ait une pression parce que tout ne doit pas être simple et facile mais, il faut aussi une pression pour ramener les gens à obéir. Une imposition en un mot, voilà, il faut que la loi s'impose aussi un peu dans la lutte, ça peut aussi nous aider dans l'éradication du ver de Guinée (Entretien réalisé en ligne, Janvier 2020).*

Là encore, les agents de terrain feront face à un problème au niveau communautaire à cause de l'inefficacité des leaders traditionnels à relayer l'information à leurs populations à chaque fois qu'ils sont invités à des rencontres organisées par les agents de terrain dans le cadre des activités de lutte contre le ver de Guinée.

*On fait des réunions de sensibilisations sociales, mais quelqu'un repart, il reste tranquille sans transmettre les nouvelles qu'il a reçues lors de la réunion, donc impliquer beaucoup de gens dans une activité, je crois, je ne sais pas si ça peut aboutir à quelque chose, sinon les gens ne sont pas prêts à se partager les nouvelles. On a constaté lorsqu'on a tenu des réunions avec les gens, mais on te demande est-ce que tu connais telle maladie ? oui, je connais, mais qui t'a dit ? on dit toujours que c'est les ASV, mais au grand jamais on dit que c'est le chef de canton qui nous a réuni, il nous a parlé de ça, c'est le chef de village qui nous a dit ça. C'est pour dire que les gens ne font pas leur travail à condition qu'on les implique encore autrement, sinon en réalité impliquer les gens dans une activité, les gens vont voir autre chose que le travail.*

Le même problème se répète sous une autre forme au niveau des départements ministériels qui sont censés apporter leurs contributions pour la réussite de l'approche multisectorielle. Selon les propos de Tchoufinet Moundai, Coordonnateur adjoint du PNEVG :

*Jusque-là, la lutte contre la maladie du ver de Guinée est restée l'affaire exclusive du Ministère de la santé. Aucun autre Ministère ne l'aurait inscrit dans son plan d'action une fois. La preuve est là, quand on parle des actions à mener avec nos collègues du Ministère de l'élevage par exemple, tout de suite, ils veulent que cette activité soit supportée financièrement par le Ministère de la santé publique ou par le programme, c'est-à-dire ils n'ont jamais inclus ça dans leur plan d'action. Et pour moi, c'est un défi même de voir fonctionner la multisectoriellité dans le domaine de la lutte contre le ver de Guinée au Tchad. C'est ce que je dis, c'est seulement dans les réunions, on n'a jamais mené des actions concertées comme ça sur le terrain une fois avec ces différents Ministères. Certes, on se retrouve dans les réunions, on discute du ver de Guinée, mais on n'a jamais pris des actions concrètes pour mener sur le terrain ensemble avec un autre Ministère une fois. Ça n'existe pas jusque-là. Le Ministère de la santé publique dans son plan d'action planifie déjà les activités de lutte contre le ver de Guinée. Moi, j'aurai souhaité que le Ministère de l'élevage fasse la même chose, le Ministère de l'eau et de l'environnement fasse la même chose pour dire que telle année je vais donner par exemple tel nombre de forages aux villages endémiques du ver de Guinée comme ça, on va sentir la multisectoriellité, sinon je répète encore que c'est l'affaire exclusive du ministère de la santé.*

Des accusations interministérielles se font sentir quotidiennement lorsqu'il s'agit de chercher à savoir où se situe les difficultés limitant l'approche multisectorielle. Selon les termes de Manga Patrick :

*Bien ! vous voulez parler d'institutions en tant que Ministère ou en tant que direction ? En tant que direction, moi, je n'ai vu aucune collaboration de façon formelle parce que quand on dit collaboration entre les institutions, il y a des écrits, il y a des rencontres qui se tiennent, mais moi, je n'ai vu aucune rencontre.*



*Maintenant plus haut au niveau du Ministère, puisque nous sommes un Ministère très vaste, il y avait des Directions qui sont éclatées, je ne peux pas dire...je ne peux pas comprendre ce qui se passe dans les autres directions, mais de façon formelle avec notre direction, je n'ai vu aucune collaboration avec le PNEVG. Parce qu'une collaboration c'est ... on le rend officielle. On sait qu'il y a une collaboration entre la Direction de pêche et le PNEVG, ça doit être officielle, mais il ne suffit pas d'aller sur les antennes et dire que ou bien inviter quelques deux personnes par moment de façon irrégulière à des rencontres ne signifie pas qu'on est déjà dans une collaboration. C'est un problème d'encrage institutionnel. Vous savez que le poisson vit dans l'eau, mais la Direction de pêche ne gère pas l'eau. L'eau est gérée par une autre Direction, donc il faudrait qu'on travaille en synergie.*

D'après Mahamat Longo, chef de poste vétérinaire à Bousso (zone endémique du ver de Guinée) :

*L'attachement là, on serait impliqué parce que si l'animal est attaché il faut le nourrir, le soigner. De fois il tombe malade donc il faut un suivi par un service d'élevage mais personne ne nous a impliqué. Si on est impliqué, on a nos procédures. Si c'est la rage on a nos services de protocole là ; par exemple on peut garder le chien pendant deux semaines si le chien présente les symptômes de la rage et si y a pas de symptômes le chien est libéré. Mais pour le ver de Guinée c'est autre chose, il faut premièrement examiner l'animal et prendre l'échantillon et le ver est sorti visiblement et il faut confirmer. Le projet doit impliquer les agents vétérinaires et les former sur comment détecter un animal qui a le ver de Guinée, une fois détecter, il faut suivre la procédure normale pour envoyer l'échantillon au laboratoire pour confirmer. Tout ça, moi je crains, la population est dans le risque du moment où le service vétérinaire n'est pas impliqué. On va conseiller la population à attacher leurs chiens et il aura suivi si une zoonose touche l'animal, les agents de santé connaissent cette maladie. Si la collaboration existe les trois secteurs peuvent se concorder pour faire évoluer les activités. A Bâ-illi, Mogo, Bousso, Kono, tous ont leur chef de poste, je voyais même leur véhicule circule mais on n'est pas impliqué. Maintenant, si je signale dans le rapport c'est pas bon donc il faut revoir les stratégies, quand on dit zoonose donc faut faire très attention parce que le contact est direct parce que le chien est habitué avec l'homme et reste toujours à coté de ce dernier, dans ce cas que faut-il faire ? Il faut éviter seulement d'être en contact avec son chien parce que le chien se promène partout à la recherche de la nourriture surtout les boyaux des poissons qui est un élément porteur de maladie (ver de Guinée), c'est la voie de transmission pour la maladie. Pour éviter, il faut passer un communiqué de sensibilisation. En se promenant le chien peut être infecté, en mangeant le poisson si le poisson n'est pas cuit il peut contacter le ver de Guinée.*

Pour Gormo Lotouin Edmond, point focal ver de Guinée à Aboudéïa :

*Prenons par exemple le Ministère de l'eau et le Ministère de pêche qui sont directement concernés par ce problème de ver de Guinée mais ils n'ont pratiquement rien fait en faveur des zones touchées par le ver de Guinée. Si tout le monde était impliqué nous pensons qu'on aura déjà trouvé une solution. (Entretien réalisé à Aboudéïa, Janvier 2020).*

Tamanda Danga, Chef secteur de l'élevage à Aboudéïa (district endémique du ver de Guinée) étale les faits en lien avec l'approche multisectorielle mobilisée dans le cadre d'éradication du ver de Guinée :

*Les Responsables de ver de Guinée ne collaborent pas avec le secteur de l'élevage en toute sincérité. Parce qu'une fois il avait appelé un vaccinateur au quartier y'avait un ver de Guinée chez un chien. Et la personne, sa conscience lui avait jugé et elle est venue en vers moi et logiquement c'est lui qui va faire une petite demande et venir auprès de moi et je vais donner une autorisation ou je devrais lui affecter un agent qui va descendre ensemble sur le terrain ; il n'a pas fait ça, il a envoyé un agent qui est venu comme il a déjà fait je lui ai donné mon ok. Il est parti faire le traitement et autres. Il a demandé une facture que je lui ai établie, je lui dis prochainement il faut qu'il vienne ici, à l'administration il ne devrait pas passer par un vaccinateur qui n'est pas un agent de l'Etat. Comme il a déjà fait je lui ai dit c'est bon. Pendant la phase de mes activités de routine on a fait un peu à ARDEP dont ils m'ont parlé de ver de Guinée chez le chien de transhumance et comme on n'a pas de contact, moi j'ai gardé l'information et je reste si on avait les relations de collaboration je vais lui livrer l'information et ils vont chercher peut-être là où se trouve le foyer ou là où se trouve même l'animal. J'ai gardé silence y a une équipe qui a quitté N'djamena de passage que je leur ai signalé. C'est comme ça qu'ils ont pris note et sont partis. Ce ne sont pas les gens de ver de Guinée ce sont ceux qui sont chargés des chiens enrégés que je leurs ai expliqué la situation. C'est ça qui m'avait un peu démotivé parce que si y avait de collaboration là de temps en temps moi je fais le tour dans les phériques et autres, si y a des informations je peux les livrer. Je ne comprends pas son problème. Ici, pour temps j'étais à Am-Timan on collaborait bien mais pourquoi pas ici? Donc en toute sincérité l'agent d'ici ne s'ouvre pas aux autres il est resté fermé et c'est difficile. Pour mon service j'ai même dit au MCD que cette collaboration n'est pas bonne même si y a des rencontres le MCD invite les autres et nous invite pas. On dirait que le ver de Guinée c'est uniquement pour le chien. Je n'ai pas écrit une note en tant que telle mais j'ai dit verbalement à mon Délégué d'Am-Timan que y a pas collaboration entre nous donc ce n'est pas bien. J'ai partagé l'information avec l'inspecteur départemental et le MCD. Comme on a notre plan d'activité d'ici Août on va les rappeler pour les écouter pourquoi lui, il ne s'intéresse pas aux services techniques de l'Etat. Et il va expliquer, c'est ce qu'on est en train de dire avec le SG hier c'est en voie et on va l'appliquer. Cela est dû aussi aux stressés, un chien qui n'est pas habitué à être attaché longtemps, il va tomber et l'alimentation peu jouer aussi parce que s'il ne mange pas bien il va tomber aussi. Quand il errait, il trouvait à manger mais quand il est attaché on lui avait privé de beaucoup de chose donc il va tomber, il va perdre l'équilibre. Quelqu'un m'avait expliqué à Bogam, comme ils ont mis le chien en quarantaine, le chien est tombé il fait la diarrhée je dis c'est normal parce qu'on lui avait privé de beaucoup de chose ; on dit le chien c'est le mouvement vas et viens qui lui donne à manger, il chasse les mouches, il fait beaucoup de chose mais quand on lui avait privé de tout ça, cela va causer de stress et c'est ça qui a provoqué tout ça là. Donc on pouvait lui augmenter ou changer sa ration alimentaire et puits surveillé sa santé. C'est des conseils comme ça que j'ai donné au gat et il est reparti. L'organisme d'un chien c'est comme l'organisme de l'être humain qu'il faut varier l'aliment il ne faut pas lui donner chaque jour la sauce d'arachide donc moi je pense que ce conseil là n'est pas à prendre à 100% parce qu'il faut*

*varier l'aliment. Si je devrais formuler une recommandation à l'endroit du centre carter, il faut que le responsable du centre d'ici revienne avec les bons sentiments parce que c'est le travail. Tout ce qu'il est en train de faire là si on dit non ça va pas marcher nous sommes là comme l'œil de l'Etat, il est venu comme un projet, logiquement il devrait venir vers nous on va lui donner des informations fiables que de chercher ou collecter des informations en dehors de nous ce n'est pas bien quelques choses qui concerne les animaux là logiquement le service technique de l'Etat est là il devrait s'approcher de nous, on a nos données. On va lui indiquer et la période et zone de stationnement même des transhumances. On va l'orienter et ses superviseurs là vont descendre directement au terrain avec leur engin pour vérifier mais il n'a pas fait donc il se sont campés seulement dans les villages des sédentaires et font seulement leurs circuits là donc maintenant c'est la période, le retour de transhumance. On devrait aller dans ces zones de stationnement là pour voir est ce qu'il y'a des cas des chiens ou des personnes atteintes de ver de Guinée donc ce manque de collaboration c'est vraiment difficile pour le fonctionnement même du centre Carter s'ils collaboraient avec nous on va lui donner des informations fiables et à jour et comme y a manque de collaboration c'est un manque à gagner (Entretien réalisé en juin 2021 à Aboudéïa).*

**Photo n° 23 : Atelier du comité de pilotage des activités de la dracunculose à l'OMS / N'Djamena**



**Sources : Enquête de terrain, 2019**

La photo ci-dessus illustre l'approche multisectorielle mobilisée par le PNEVG face à la lutte contre la dracunculose. Il est à retenir que cette rencontre a vu la participation des responsables du Ministère de l'élevage, du Ministère de l'intérieur, du Ministère de l'eau et

des ressources halieutiques, des partenaires techniques et financiers (OMS & Centre Carter) du programme. L'objectif principal de cette rencontre est de définir les modalités pratiques d'attachement prolongé des chiens dans quelques villages endémiques du ver de Guinée. D'après les propos de Tchoufinet Moundai, Coordonnateur adjoint du PNEVG :

*Certains propriétaires des chiens connaissaient comment infecter leurs chiens du ver de Guinée, ils le feraient et je suis sûr que certains sont tentés comme on leur dit de ne pas donner des boyaux de poisson aux chiens. Certains seraient en train de chercher justement des boyaux pour donner à leurs chiens pour que les chiens fassent le ver de Guinée et comme ça ils vont gagner de récompense. Si on ne prend pas des mesures dissuasives contre des attitudes comme ça, je pense que nous allons toujours continuer à cultiver cette maladie (entretien réalisé à N'djamena, 2019).*

Il faut noter que cette pratique est récurrente dans les zones endémiques du ver de Guinée parce que :

*La communauté a une connaissance sur la maladie certes, mais elle n'applique pas les mesures préventives comme il le faut. Elle pense que, non, c'est une maladie qui est importée par les Blancs, c'est des stratégies comme ça pour trouver quelque chose à manger seulement, mais ne sont pas conscients, donc ils pensent que la solution doit venir également des Blancs. Autre problème, ils ne prennent pas vraiment, ils ne pèsent pas la portée de cette maladie, ils trouvent que ce n'est pas dangereuse quoi (Nadjyam, entretien réalisé le 28 /12/2019 à Sarh).*

#### **VI.7. Contraintes liées à la non mobilisation de la Communication pour le Développement (C4D)**

La pratique de la communication pour le développement est un processus multisectoriel de partage de l'information sur l'agenda du développement et les actions planifiées. Elle lie les planificateurs, les exécutants et les bénéficiaires des activités de développement, y compris la communauté des donateurs. Elle contraint les planificateurs et les exécutants à fournir des données et des informations claires, explicites et intelligibles sur leurs objectifs et leur rôle dans le développement, ainsi que des informations explicites sur les possibilités de participation pour les bénéficiaires qui souhaitent contribuer aux résultats du développement. Elle assure que la communauté des donateurs est tenue informée en permanence des réalisations et des contraintes des efforts du développement sur le terrain. La communication pour le développement utilise tous les dispositifs et les moyens de partage de l'information. Elle n'est donc pas limitée aux seuls médias de masse. Elle mobilise également des groupes formels et des canaux informels de communication, comme les associations de femmes et de jeunes, ainsi que les lieux de polarisation de la population comme les marchés,

églises, festivals ou rassemblements.<sup>16</sup> Mais la spécificité de sa contribution est de les utiliser d'une façon systémique, systématique, permanente, coordonnée et planifiée, afin de créer les liens et activer les fonctions.

Les différents acteurs qui sont censés apporter leurs contributions pour éradiquer le ver de Guinée n'ont pas une connaissance nécessaire sur le ver de Guinée, des stratégies d'intervention sont complètement méconnues par d'autres départements ministériels. Aucun réseau précis des acteurs impliqués dans la lutte pour une action synchronisée est mis en place ni au niveau central moins encore au niveau intermédiaire et périphérique. La véritable difficulté est justement la définition des rôles assignés à chaque acteur selon sa compétence. L'une des contraintes réside autour des moyens financiers pour permettre aux autres départements ministériels de se rendre sur le terrain. Aucune ligne budgétaire n'est destinée aux acteurs des Ministères ciblés pour contribuer à l'éradication du ver de Guinée. Toutes ces contraintes empêchent la mobilisation de la communication pour le développement.

#### **VI.8. Contraintes liées aux communautés**

Au niveau communautaire, les agents déconcentrés de l'Etat issus d'autres Ministères ne s'intéressent pas à la lutte contre le ver de Guinée. Ils considèrent que la lutte contre le ver de Guinée est l'affaire du PNEVG. Cette conception est due au manque de sérieux observé dans l'approche multisectorielle au niveau central. La collaboration entre les partenaires qui appuient le Tchad dans la lutte (centre Carter) et les agents locaux voire les populations locales reste à renforcer car, il existe aucun cadre de rencontre entre les agents de lutte contre le ver de Guinée et d'autres acteurs qui interviennent dans les zones endémiques. Selon Naguïom Serge, MCD de Dourbali :

*Ya le Centre Carter qui appuie le Tchad et cet appui, moi, je trouve que c'est un appui parallèle parce que la surveillance du ver de Guinée n'est pas intégrée et tant qu'on n'arrive pas à intégrer la surveillance du ver de Guinée, on ne peut pas arriver à l'éradication parce qu'il faudrait que ça soit une surveillance nationale. Si on reste encore avec le centre Carter seul et qui ne veut pas s'ouvrir aux autres. Moi, en tant que MCD, je vous dis depuis 6 mois hier, c'est la revue là que j'ai vu certaines CT, dit-on exercé chez moi dans ma zone ; il a fallu d'autre CT qui demandent est ce que vous connaissez celui-là? Il dit qu'il est CT à Nya. Même l'organigramme du Ministère là c'est comme les CT n'ont pas. Or le programme National doit insister pour qu'ils respectent l'organigramme du Ministère et vous voyez que les données même arrivent au niveau central par le biais des CT ce qui n'est pas Normal (Entretien réalisé à N'Djamena, janvier 2020).*

<sup>16</sup> <https://www.fao.org/3/y4335f/y4335f07.htm#fnB6>

La mobilisation sociale considérée par le programme comme meilleure stratégie n'a pas d'effet considérable dans la lutte contre le ver de Guinée. Les leaders communautaires ne sont pas impliqués directement dans la planification et le suivi des activités de lutte contre le ver de Guinée. Les rencontres et ateliers au niveau central et intermédiaire se font sans les représentants des communautés vivants dans les zones endémiques.

#### **VI.9. Contraintes liées à la Vulnérabilité sociale en milieu rural et des zones endémiques au ver de Guinée**

La vulnérabilité désigne l'existence et l'ampleur d'une menace de pauvreté et de misère, le danger qu'un niveau de bien-être socialement inacceptable se réalise (Stefan Dercon cité par Marie Bar et *al*, : 2011). Selon les termes d'Aboussad et *al*, (2010), les individus vulnérables sont ceux qui sont menacés dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique ; ceci pouvant être le résultat de nombreux facteurs, souvent conjugués entre eux, comme l'âge, la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse avec des contextes socio-économiques pouvant être très contrastés. Considérée comme maladie des personnes vivant dans la pauvreté, le ver de Guinée prend une ampleur en milieu rural tchadien à cause des vulnérabilités plurielles (vulnérabilités liées aux structures sanitaire, vulnérabilités liées aux structures éducatives et vulnérabilités économiques) que font face les populations rurales.

En effet, il est observé partout dans les zones endémiques, l'échec de la communication pour le développement face à la maladie du ver de Guinée. Dans un milieu où la pauvreté engloutit les ménages qui sont censés accompagner les actions de lutte contre le ver de Guinée, le seul souci demeure la survie. Ils se préoccupent beaucoup plus des problèmes quotidiens dont ils font face au détriment du ver de Guinée. Cette vulnérabilité étouffe les efforts des agents déployés sur le terrain. Dans une étude portant sur l'hygiène et l'assainissement dans les quartiers précaires à Nouakchott (Mauritanie), Gagneux et *al*, 1999, cités par Ibrahim Sy et *al*, (2014) précisent qu'un nombre important de logements précaires dépourvus de cuisine, de latrines, de systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement adéquats. Les ménages font la cuisine souvent en plein air avec les risques de contamination liés aux vents de sables fréquents qui charrient des pathogènes provenant probablement de zones de défécation, à une élimination non sécuritaire des matières fécales de toilettes mal entretenues et à des pratiques qui polluent l'eau consommée par les habitants. Les sensibilisations faites n'ont pas d'effet considérable dans les villages endémiques à cause des vulnérabilités. Une grande partie des communautés rurales n'a pas une maîtrise des

stratégies développée par le programme pour éradiquer le ver de Guinée. L'équilibre précaire de ces ménages est en permanence déstabilisé par le moindre choc.

#### **VI.10. Différentes formes de résiliences observées chez les acteurs et communautés**

Le terme de résilience est un concept de psychologie qui fait référence aux compétences des individus, des groupes, des familles à faire face à des situations délétères ou déstabilisantes à savoir la maladie, le handicap, l'événement traumatisant. En effet, la dracunculose est très rarement mortelle et est généralement suivie de guérison spontanée, même en l'absence de tout traitement. Toutefois elle cause un certain degré d'incapacité due aux ulcères et abcès douloureux qui apparaissent habituellement aux pieds ou aux jambes et qui peuvent durer plusieurs mois chez les individus infestés par plusieurs vers. Il est difficile de déterminer les effets économiques de l'incapacité de travail dans une population de cultivateurs, mais du fait du caractère saisonnier des cultures, la production agricole peut s'en ressentir très nettement (Muller, 1979). La contagion collective des familles mais aussi l'apparition des cas individuels du ver de Guinée remettent en question la capacité de résilience de chaque personne malade ou proche, dans la vie personnelle, familiale et sociale.

En dépit de cette lourde fardeau imposée par la dracunculose, les victimes et leurs familles parviennent à faire face aux situations difficiles et aux épreuves en s'adaptant à l'adversité et en continuant à vivre. A Bogam, quelques membres des familles frappés par le ver de Guinée pendant la saison de pluie se sont organisés en collectif pour travailler dans les champs de leurs parents victimes du ver de Guinée. Ce phénomène a été observé également à Kakalé Mbéri, un village endémique du ver de Guinée situé dans le district sanitaire de Guelendeng où une jeune fille victime du ver de Guinée rendait service à sa grand-mère en dépit de la douleur causée par l'extraction du ver. A Bousso, Marabé et Ngara où les chiens ont été attachés de manière prolongée, les villageois multiplient les stratégies afin de garder leurs bétails face aux voleurs. Toutes ces différentes formes de résiliences ont montré que les difficultés causées par maladie du ver de Guinée en milieu rural ont incité les communautés rurales à s'organiser selon leur manière afin de prendre leur destin en main. D'après Jean Marc Ela (1994) : « *la crise, c'est aussi l'ère de la démystification, de la déconstruction et des ruptures instauratrices d'un sens nouveau* ».

#### **VI.11. Le bilan du PNEVG : perception de la lutte contre la dracunculose au Tchad**

Depuis sa création en 1991, le PNEVG s'est fixé comme objectif d'éradiquer le ver de Guinée sur l'ensemble du territoire national fin 1995. Les interventions du programme

(l'information, l'éducation et la communication en mettant l'accent sur la sensibilisation des villageois par les ASV, la distribution des filtres à eau, le traitement des mares...) ont permis de parvenir aux réalisations à savoir, la réduction de la prévalence de la maladie de 1231 cas en 1994, à 0 cas en 1998, le système de surveillance mise en place a permis de notifier plusieurs rumeurs et cas de dracunculose, connaître la cartographie de la dracunculose au Tchad, fournir de l'eau potable à certains villages endémique, la mise en place du comité de pilotage des activités de l'éradication de la dracunculose au Tchad. D'après Tchindébet Ouakou :

*D'après sa création en 1991, le programme a eu d'abord à faire des enquêtes nationales presque deux (02) voire trois (03) ans pour faire la cartographie des localités endémiques de la maladie de ver de Guinée. La mise en œuvre des interventions, c'est en 1996. De 1996 à 2000 c'est vraiment la phase d'intervention. De 2001 à 2009 y'a pas une maladie de ver de Guinée, on n'a pas notifié sur l'ensemble du territoire.*

Quand bien même le programme a réalisé des activités qui concourent à la lutte contre le ver de Guinée, force est de constater que le bilan de manière globale reste mitigé car le programme ne parvient non seulement pas à éradiquer le ver de Guinée comme prévu mais fait face à d'énormes problèmes qui ralentissent l'éradication notamment l'implication des animaux dans la chaîne de transmission. Des difficultés liées à l'approche multisectorielle c'est-à-dire l'intégration des activités du PNEVG dans les autres programmes mais aussi Ministères impliqués dans la lutte contre le ver de Guinée compte tenu de sa complexité n'ont jusque-là pas une solution. Certains partenaires se sont retirés de la lutte contre le ver de Guinée au Tchad. Des insuffisances dans la mobilisation des ressources humaines qualifiées pour lutter contre le ver de Guinée demeure un sérieux problème. Les interventions du programme ne couvrent pas l'ensemble du territoire national. Pourtant, la relation entre les partenaires (Centre CARTER, OMS) et le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée est fondée sur la base d'un protocole d'accord de partenariat signé entre le MSP du Tchad et le Centre CARTER en vue d'appuyer les activités de lutte contre la dracunculose au Tchad.

Des villages ont été réinfectés à cause du relâchement de la surveillance épidémiologique, de l'insuffisance des moyens d'actions, de la lassitude du personnel du programme (dont les ressources humaines), des difficultés organisationnelles et de la démotivation du personnel, des difficultés logistiques. Des difficultés telles que : l'insuffisance d'accès à l'eau potable dans les villages endémiques, la pauvreté des populations, l'ignorance, la négligence, les croyances, les pesanteurs socioculturelles, etc.,



favorisent l'augmentation des cas et infections dans plusieurs villages. Cette flambée des infections est justifiée par Tchoufinet Moundai, Coordonnateur adjoint du PNEVG en ces termes :

*C'est vrai, il y a eu beaucoup de moyens investis dans la lutte contre la maladie du ver de Guinée, mais cette maladie poursuit toujours son petit bonhomme de chemin dans le pays, j'expliquerai simplement cette situation par la prolifération des chiens incontrôlés dans les villages notamment dans les villages endémiques. Ces chiens contaminent les sources d'eau à volonté loin des yeux de la communauté et c'est de cette manière que la transmission du ver de Guinée serait entretenue dans nos villages malgré les efforts que nous menons. Ce n'est pas une résistance du ver lui-même, mais c'est dû au comportement qui n'aide pas à l'arrêt de la transmission (entretien réalisé à N'djamena, 2019).*

D'ailleurs les conclusions de la revue du PNEVG de 2010 étaient claires, il a été ressorti de cette analyse que le système de surveillance épidémiologique de la maladie a des lacunes sur les plans de la complétude, de la promptitude de la transmission des données, de leur archive, à tous les niveaux.

#### **VI.12. Le profil socioprofessionnel des responsables**

Les personnels de santé sont essentiels pour assurer l'accès à des soins de haute qualité à toute la population (l'OCDE : 2019). D'après l'OMS (2006), il est impératif de renforcer les effectifs afin que les systèmes de santé soient en mesure de combattre les maladies invalidantes et d'atteindre les objectifs nationaux et mondiaux en matière de santé. Dans ce domaine, il est fondamental de disposer d'une infrastructure humaine solide pour combler le fossé entre les engagements et leur réalisation, et pour prendre une longueur d'avance sur les défis sanitaires du XXI<sup>e</sup> siècle. En effet, la lutte contre la dracunculose est complexe et nécessite non seulement une mobilisation des ressources humaines qualifiées mais aussi pluridisciplinaires.

Cette logique est loin d'être une réalité au sein du PNEVG. Placé sous tutelle du Ministère de la santé publique, le personnel du programme est nommé sinon affecté par l'arrêté Ministériel. Jusqu'au mois d'octobre 2010, l'équipe du programme n'était composée que de 3 personnes à savoir, le Coordonnateur national, la secrétaire et le Planton. Ces deux derniers ne sont que des bénévoles. Une réflexion a conduit au mois de novembre de la même année, au renforcement de cette équipe, en terme de ressources humaines supplémentaires, afin de prendre au sérieux ce dernier virage, tellement important pour la certification et qui va nécessiter une grande consommation de ressources. Il a donc été jugé utile de nommer un coordonnateur- adjoint pour appuyer et suppléer le coordonnateur en chef. En dehors du

coordonnateur-adjoint, un Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) a été également désigné pour rejoindre l'équipe. De 3 personnes, on est passé aujourd'hui à 5 personnes, soit une augmentation de 40% en ressources humaines (PNEVG : 2010). Depuis Août 2019, il y'a une augmentation en ressources humaines, il est compté désormais 9 agents à la coordination dont un (1) Coordonnateur national, un (1) coordonnateur adjoint, un administrateur du programme, un chargé de prise de cas, deux chargés de communication et deux chargés de base de données.

Il faut retenir que la coordination travaille en collaboration avec les agents sanitaires (MCD, infirmiers, points focaux, relais communautaires...), des provinces endémiques. Les points focaux de surveillance épidémiologique des provinces sont des infirmiers, médecins et autres agents de santé qui travaillent déjà dans leurs zones d'affectation mais associés à la lutte contre le ver de Guinée. Il n'y a pas des agents spéciaux affectés pour le compte du programme ver de Guinée en province. Des infirmiers formés en santé humaine luttent contre le ver de Guinée chez les animaux à la place des docteurs vétérinaires par manque de personnel. Cette cumulation des fonctions rend la lutte inefficace. En dépit des formations /recyclage organisées à l'intention des agents de santé sur le terrain. Certains n'ont pas une connaissance approfondie de la maladie du ver de Guinée. Il est observé au sein du programme des profils tels que : santé publique, l'épidémiologie, entomologie, etc. Les profils issus des sciences sociales et humaines (sociologues, anthropologues) ne sont pas dans l'équipe chargée de lutte contre le ver de Guinée au Tchad.

### **VI.13. Les craintes et les souhaits des différents acteurs de lutte contre le ver de Guinée au Tchad**

La santé est au centre de toute préoccupation pour tous les peuples de la planète, quel que soit leur niveau de développement. Elle est considérée comme un bien précieux et un droit pour tous. A cet effet, elle constitue un déterminant important du développement de tout pays ; aussi ne devrait-elle pas être envisagée en termes de coût ou de dépenses supplémentaires, mais davantage comme un investissement rentable en termes économiques, car une population d'un pays en bonne santé est un garant pour son développement (Nkoum 2019). La bataille contre le ver de Guinée au Tchad a vu la participation de plusieurs acteurs institutionnels (PNEVG, Centre Carter, l'OMS) poursuivant un objectif commun. Pour ce faire, les souhaits des différents acteurs impliqués dans la lutte contre le ver de Guinée au Tchad est de parvenir à l'arrêt de la transmission de la maladie, l'éradiquer sur l'ensemble du territoire enfin, voir un jour le Tchad être certifié de la dracunculose. D'ailleurs, c'est ce qui a incité le programme national à intégrer dans la lutte l'approche multisectorielle, considérée

comme meilleure stratégie de lutte contre les zoonoses. Eliminer le ver de Guinée en milieu rural au Tchad serait un ouf de soulagement pour les populations rurales qui aspirent à une vie meilleure sans dracunculose.

Depuis l'origine, dans l'histoire de l'humanité, l'énergie humaine a toujours constitué une force motrice au développement. Dans cette optique, les populations en bonne santé ont souvent été considérées comme un élément essentiel du développement économique et social. Il existerait alors une interaction c'est-à-dire une certaine récursivité entre santé et développement (Nkoum 2019). L'ensemble des acteurs présents sur le champ de la lutte contre le ver de Guinée craignent l'implication des animaux dans la chaîne de transmission qui rend ainsi la lutte difficile. A cela s'ajoute l'insuffisance des ressources financières, l'absence des partenaires susceptibles de prendre en compte les aspects liés à l'adduction d'eau potable dans les zones endémiques.

Le dernier chapitre de la présente thèse qui s'est intéressé aux contraintes limitant l'éradication du ver de Guinée au Tchad a permis de comprendre que la persistance de la maladie du ver de Guinée au Tchad est due à la combinaison de plusieurs facteurs qui sont intimement liés. Il a été ressorti de cette analyse que les goulots prioritaires sont le nombre insuffisant de personnels formés, l'inégale répartition des agents dans les zones endémiques, les barrières financières directes et indirectes. La coordination du programme manque des ressources humaines suffisantes pour couvrir l'ensemble du territoire national. A cela s'ajoute l'irrégularité des supervisions à cause d'insuffisance de ressources financières, humaines et logistiques pour atteindre toutes les régions. La définition des tâches des différents acteurs institutionnels impliqués dans la lutte demeure toujours floue. Aucun réseau précis des acteurs impliqués dans la lutte pour une action synchronisée est mis en place ni au niveau central moins encore au niveau intermédiaire et périphérique. Les leaders communautaires ne sont pas impliqués directement dans la planification et le suivi des activités de lutte contre le ver de Guinée. Il est observé partout dans les zones endémiques, l'échec de la communication pour le développement face à la maladie du ver de Guinée. L'ensemble des acteurs présents sur le champ de la lutte contre le ver de Guinée craignent l'implication des animaux dans la chaîne de transmission rendant ainsi la lutte difficile.

La dernière partie de la thèse intitulée « dynamiques institutionnelles et logiques communautaires face à la dracunculose » a examiné d'abord les aspects portant sur l'engagement communautaire et lutte contre le ver de Guinée ensuite les contraintes à l'éradication du ver de Guinée et résiliences des communautés. Au terme de cette dernière partie, il a été conclu que la participation communautaire, meilleure stratégie d'impliquer les communautés rurales dans l'éradication du ver de Guinée, n'a pas permis d'atteindre les objectifs fixés par le programme national d'éradication du ver de Guinée parce que les acteurs locaux impliqués dans cette lutte méconnaissent leurs rôles faute d'orientations. Les COGES qui devraient être le fer de lance de cette nouvelle dynamique éprouvent des difficultés à jouer pleinement leurs rôles. Les conflits de leadership, le faible niveau de scolarisation des membres, le faible soutien des autres acteurs du système de santé retardent la réussite de cette nouvelle donne. Il faut également préciser que les agents de santé communautaire ne sont également pas actifs dans plusieurs villages. Il est observé un manque d'engagement voire de collaboration des communautés. Cette réticence est justifiée par la gratuité des tâches pour lesquelles les membres des communautés sont conviés. Les résultats indiquent également que la persistance de la maladie du ver de Guinée au Tchad est due à la combinaison de plusieurs facteurs qui sont intimement liés. Il a été ressorti de cette analyse que les goulots prioritaires sont le nombre insuffisant de personnels formés, l'inégale répartition des agents dans les zones endémiques, les barrières financières directes et indirectes. La coordination du programme manque des ressources humaines suffisantes pour couvrir l'ensemble du territoire national. A cela s'ajoute l'irrégularité des supervisions à cause d'insuffisance de ressources financières, humaines et logistiques pour atteindre toutes les régions. La définition des tâches des différents acteurs institutionnels impliqués dans la lutte demeure toujours floue. Aucun réseau précis des acteurs impliqués dans la lutte pour une action synchronisée est mis en place ni au niveau central moins encore au niveau intermédiaire et périphérique d'où l'échec de l'approche multisectorielle.

**CONCLUSION GENERALE**

La présente thèse intitulée : « *Dépistage, contrôle et prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad : une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires* » avait pour objectif d'analyser de manière approfondie les politiques sanitaires et les logiques communautaires face à la maladie du ver de Guinée. Il est à rappeler que le débat autour de l'éradication de la dracunculose a fait l'objet de plusieurs rencontres mondiales initiées par l'OMS. En effet, le paradoxe tchadien observé autour de la maladie du ver de Guinée qui a suscité cette recherche est la recrudescence des cas en dépit des mobilisations institutionnelles pour éliminer le ver de Guinée. Les données empiriques mais aussi les statistiques disponibles au niveau du Programme National d'Eradication du Ver de Guinée montrent clairement que le Tchad a du mal à éradiquer la dracunculose. Le mode de transmission se traduit par la survenue sporadique et dispersée de cas humains et animaux provenant chaque année de villages différents.

L'interrogation sociologique qui a guidé la présente recherche a été la suivante : Pourquoi, malgré l'existence des politiques de santé et les dynamiques d'acteurs mobilisées, la dracunculose connaît encore une recrudescence remarquable en milieu rural au Tchad ? Cette question principale de recherche a été subdivisée en quatre (4) questions secondaires de recherche. Pour répondre à la question de départ, l'hypothèse principale stipulait que : les politiques de santé et dynamiques d'acteurs mobilisées dans la lutte contre la dracunculose se limitent aux interventions sporadiques et dysfonctionnelles qui ne favorisent pas une réelle accessibilité du traitement et du contrôle de l'éradication de la maladie. De cette hypothèse centrale, ont découlé 4 hypothèses spécifiques qui ont sous-tendu les différentes parties de cette thèse :

- ✓ La lutte contre la dracunculose fait l'objet d'un programme national certes structuré et mobilisant une diversité d'acteurs mais avec des logiques divergentes et des résultats limités ou mitigés.
- ✓ Les difficultés d'éradication de la dracunculose au Tchad, s'expliquent par les dysfonctionnements des systèmes de surveillance, d'une part, et par les contraintes liées aux connaissances, attitudes et pratiques des patients et leurs communautés, d'autre part.

- ✓ Les populations rurales au Tchad construisent autour de la dracunculose des croyances et logiques de soins complexes influencées par des considérations plurielles d'ordre biomédical, culturel, social, magico-religieux.
- ✓ Face à la lutte contre la dracunculose, les interactions entre les acteurs institutionnels et les communautés rurales ne sont pas structurées par une démarche sociologique participative, inclusive ou collective.

En réalité, la vérification des hypothèses émises a été effective grâce aux techniques vivantes (les observations directes, le questionnaire et les entretiens) mobilisées pour la collecte des données. Pour comprendre et expliquer les dynamiques institutionnelles et logiques communautaires face à la lutte contre la maladie du ver de Guinée en milieu rural au Tchad, la présente recherche s'est adossée sur trois grilles d'analyse.

La théorie interactionniste a servi dans la présente recherche de saisir et restituer les significations de synergie des acteurs notamment le PNEVG, le Centre Carter, l'OMS face à la lutte contre le Ver de Guinée. Elle a permis par la même occasion de repérer la pluralité des points de vue et des interprétations ainsi que les processus d'ajustement, de négociation, de confrontation au principe de la régulation des activités mais aussi de la coordination (Morrissette et *al.*, 2017). Il est à rappeler que le Programme National d'Eradication du Ver de Guinée se focalise sur l'approche multisectorielle face à la recrudescence des cas et infections. Cette nouvelle stratégie initiée par le PNEVG intègre les acteurs du Ministère de la santé publique, du Ministère de l'élevage, du Ministère de l'eau et des ressources halieutiques, du Ministère de l'éducation nationale, du Ministère de l'intérieur sans oublier les partenaires techniques et financiers (OMS & Centre Carter). La vie sociale selon Goffman (1974) est un théâtre dont les acteurs jouent des rôles multiples et doivent, en dépit de cette diversité, se faire reconnaître pour eux-mêmes, comme personne unique (la face).

D'après les termes de Dufort (1992 : 59) :

*La participation d'une personne à un groupe social dépend largement de sa compréhension de l'environnement symbolique du groupe et de son habileté à fonctionner avec ce système de symboles. Chaque individu possède et développe, tout au long de son existence, une identité constituée d'une structure unique de significations lui servant à décoder divers environnements symboliques. Lorsqu'une personne adhère à un groupe social particulier et acquiert un rôle, elle s'inspire des significations acquises à travers sa socialisation antérieure pour définir et exécuter ce nouveau rôle. Chaque groupe social possède également une identité qui lui est propre et les membres qui le forment partagent obligatoirement un ensemble commun de significations. Lorsqu'une personne se joint à un groupe,*

*elle est donc appelée à adopter un ensemble de significations particulier à ce groupe. Dans le cas d'un rôle professionnel, cela s'effectue à travers le processus de socialisation professionnelle.*

La théorie des représentations sociales permet bien au sociologue de la santé de comprendre à la fois la sémiologie collective, populaire ou sociale de la maladie. Cette approche a permis de comprendre la maladie ou la prise en charge telle qu'imaginée, fantasmée, représentée et vécue par les malades, les soignants, leur entourage. Selon Guimelli (1999 :1) :

*Les représentations sociales constituent une modalité particulière de la connaissance, généralement qualifiée de « connaissance de sens commun », dont la spécificité réside dans le caractère social des processus qui les produisent. Elles recouvrent donc l'ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné. C'est d'ailleurs en ce sens que l'on parle aussi, pour les définir, de « théories naïves » faisant référence en cela à des constructions plus ou moins élaborées, mais qui s'opposent à celles de l'expert ou du scientifique. Ce dernier point est fondamental. Car c'est en cela que les représentations sociales constituent un lieu privilégié où s'exprime la pensée sociale.*

De manière pratique, cette approche a rendu possible en contexte tchadien, la compréhension des représentations sociales de la dracunculose par les malades, la perception de l'offre de soins, les valeurs culturelles, les modes de socialisation, la construction identitaire, les processus de stigmatisation. Cette approche des représentations sociales a permis donc d'aller au-delà du caractère instantané des données recueillies dans le volet épidémiologique pour mieux appréhender les connaissances, les attitudes et les pratiques des acteurs face à la lutte contre la dracunculose.

La mobilisation du modèle de croyances en santé a été nécessaire dans la présente recherche car, une personne malade du Ver de Guinée est en mesure d'adopter un comportement susceptible de minimiser la douleur s'il perçoit le risque d'avoir un problème d'invalidité. Plusieurs techniques de collecte ont été utilisées dans le cadre de cette thèse. En effet, les documents analysés étaient de plusieurs catégories : les documents officiels (rapports gouvernementaux, décisions, rapports de recherche, documents de travail, etc.), les articles et les ouvrages scientifiques publiés sur la problématique de la santé publique. Ces documents ont été recherchés auprès des personnes ressources et de diverses bibliothèques nationales et internationales, sur les sites web officiels du Ministère tchadien de la Santé, de l'Institut National de la Statistique et des ONG / Organismes internationaux. Pour bien percevoir les dynamiques institutionnelles et logiques communautaires face à la lutte contre la



dracunculose, il a été élaboré une grille d'observation. Le recours à cette technique vivante a permis d'observer attentivement du 13 novembre 2019 au 18 janvier 2020 dans les régions du Moyen Chari, du Mayo kebbi-Est, du Chari Baguirmi et du Salamat, les faits, les signes et les gestes susceptibles de produire toutes les informations adéquates en rapport direct avec la lutte contre le ver de Guinée. En effet, cette technique a permis d'observer les points d'eau au sein des ménages ou communautés visités, les canaux utilisés pour les messages de sensibilisation, les systèmes de récompenses instaurées dans la lutte contre le ver de Guinée. Observer et décrire les structures d'accueil des malades, le traitement des mares à l'Abate pour neutraliser les copépodes, les affiches et posters sur la maladie du ver de Guinée.

Le recours à l'entretien semi-directif a permis d'être en contact direct avec les acteurs du PNEVG, les partenaires (Centre Carter, OMS), les associations intervenant dans la lutte contre la dracunculose, les mobilisateurs sociaux, les agents de santé communautaires, les leaders communautaires, les religieux, les promoteurs des radios communautaires, les anciens et les nouveaux malades du ver de Guinée. Elle a servi à obtenir des informations sur les causes de la persistance du ver de Guinée au Tchad, la politique sanitaire en lien direct avec cette maladie, les stratégies de dépistage et contrôle mises en place, la situation épidémiologique de la dracunculose au Tchad, les difficultés et les obstacles du PNEVG au niveau national et communautaire, les stratégies et moyens de communication (sensibilisation des malades, des soignants, des communautés) sur les questions de la dracunculose, les stratégies ou moyens de contrôle, les représentations et constructions sociales mais également les trajectoires thérapeutiques.

Le groupe de discussion a permis d'avoir de façon délibérée les attitudes et les opinions des personnes face à la maladie du ver de Guinée. Il a été réalisé au total six (6) focus group de 08 personnes et six (6) rencontres communautaires de 30 personnes dans 4 délégations sanitaires endémiques (Moyen Chari, Mayo kebbi-Est, Chari Baguirmi et Salamat) avec les divers acteurs impliqués dans la lutte contre le ver de Guinée à savoir : les agents de santé communautaire, les populations vivant dans les villages endémiques, les leaders communautaires, les religieux, les promoteurs des radios communautaires, les anciens et nouveaux malades du ver de Guinée. Les récits de vie n'ont pas été perdus de vue dans le cadre de cette thèse. L'intérêt sociologique du récit de vie réside en effet dans cet ancrage subjectif : il s'agit de saisir les logiques d'action selon le sens même que l'acteur confère à sa trajectoire. Ces cas sont des malades ou d'anciens malades de la dracunculose, ou encore des personnes en communautés ayant vécu des expériences particulières en relation avec la lutte

contre la dracunculose. Partant de là, il importe de saisir les raisons qui motivent les actions du point de vue de chacun des acteurs. Cela n'est possible qu'en leur donnant la parole. Les récits de vie constituent alors des occasions de mettre à jour dans le détail les manières dont chacun a réagi au fil des circonstances, les connaissances et registres de justifications qui ont permis d'affronter des événements, les leçons tirées de l'action, les facultés revendiquées d'adaptation (Le Breton, 2004 : 28) cité par Fiorelli (2014 :5). En effet, le recours à cette technique a permis de capitaliser des données probantes à travers des riches témoignages des anciens et nouveaux malades dans les différents sites parcourus.

Les résultats de la présente recherche indiquent clairement que le ver de Guinée qui a fait l'objet de grandes mobilisations des ressources (humaines, matérielles et financières) mais aussi des réunions, ateliers et revues est non seulement loin d'être éradiqué mais continue davantage de laisser ses empruntes dans plusieurs villages. De 106 villages endémiques entre 1993-1994, le ver de Guinée est présent dans 494 villages tchadiens en 2019. Le bilan de manière globale reste mitigé car le programme ne parvient non seulement pas à éradiquer le ver de Guinée comme prévu mais fait face à d'énormes problèmes notamment l'implication des animaux dans la chaîne de transmission qui ralentissent l'éradication. Le constat empirique a montré que le programme ne parvient toujours pas à couvrir l'ensemble des délégations sanitaires compte tenu des insuffisances de moyens techniques, humains et financiers. Ces difficultés plurielles réduisent considérablement la capacité du programme à agir efficacement face à la dracunculose au Tchad. D'après Madjyam, agent renfort au Centre Carter :

*On a beau mobilisé les partenaires, toutes les zones ne sont pas couvertes, donc il y a des zones de niveau trois, comme on le dit, les hommes sont en perpétuels mouvement et en cas d'infection, même si on cherche l'origine par exemple si on prend ici spécifiquement dans la ville de Sarh, ce n'est pas tous les quartiers qui sont couverts. Les gens ont injecté des ressources dans certains quartiers pour mener la surveillance active, par ricochet certains quartiers ne sont pas couverts (Entretien réalisé en janvier 2020 à Sarh).*

Les populations des zones non couvertes sont vulnérables face à la dracunculose car, elles n'ont pas des informations nécessaires leur permettant de prévenir la maladie du ver de Guinée.

Hormis ses partenaires, le programme ne parvient toujours pas à mobiliser les fonds pour financier les activités de lutte contre le ver de Guinée. Les résultats ci-dessus confirment l'hypothèse principale de recherche selon laquelle : les politiques de santé et dynamiques d'acteurs mobilisées dans la lutte contre la dracunculose se limitent aux interventions

sporadiques et dysfonctionnelles qui ne favorisent pas auprès des communautés une réelle accessibilité du traitement et du contrôle de l'éradication de la maladie.

Certains partenaires ( UNICEF) se sont retirés de la lutte contre le ver de Guinée au Tchad. Des insuffisances dans la mobilisation des ressources humaines qualifiées pour lutter contre le ver de Guinée demeure un sérieux problème. Les interventions du programme ne couvrent pas l'ensemble du territoire national. Des villages ont été réinfectés à cause du relâchement de la surveillance épidémiologique, de l'insuffisance des moyens d'actions, de la lassitude du personnel de santé, des difficultés organisationnelles et de la démotivation du personnel, des difficultés logistiques. Des infirmiers formés en santé humaine luttent contre le ver de Guinée chez les animaux à la place des infirmiers vétérinaires par manque de personnel. Cette cumulation des fonctions rend la lutte inefficace. Certains responsables des centres de santé mais aussi le personnel d'appui qui travaillent dans les formations sanitaires méconnaissent la maladie du ver de Guinée. Cette méconnaissance rend difficile la lutte car, n'ayant aucune connaissance des signes et symptômes du ver de Guinée voire les méthodes de préventions cette catégorie du personnel soignant ne dispose pas des compétences nécessaires pour faciliter la lutte à travers les sensibilisations.

Les résultats révèlent également qu'il y'a des difficultés liées à l'approche multisectorielle. En effet, l'approche multisectorielle mobilisée par le PNEVG se limite seulement au niveau central lors des réunions, ateliers et revues. Le programme n'a jamais mené des actions concertées sur le terrain avec les différents Ministères impliqués dans la lutte. « *Certes, on se retrouve dans les réunions, on discute du ver de Guinée, mais on n'a jamais pris des actions concrètes pour mener sur le terrain ensemble avec un autre Ministère une fois* ». Les différents acteurs qui sont censés apporter leurs contributions pour éradiquer le ver de Guinée n'ont pas une connaissance nécessaire sur le ver de Guinée, des stratégies d'intervention sont complètement méconnues par d'autres départements ministériels. Aucun réseau précis des acteurs impliqués dans la lutte pour une action synchronisée est mis en place ni au niveau central moins encore au niveau intermédiaire et périphérique.

*Jusque-là, moi, je dis que la lutte contre la maladie du ver de Guinée est restée l'affaire exclusive du ministère de la santé. Aucun autre ministère ne l'aurait inscrit dans son plan d'action une fois. La preuve est là, quand on parle des actions à mener avec nos collègues du ministère de l'élevage par exemple, tout de suite, ils veulent que cette activité soit supportée financièrement par le ministère de la santé publique ou par le programme, c'est-à-dire ils n'ont jamais inclus ça dans leur plan d'action. Et pour moi, c'est un défi même de voir fonctionner l'approche multisectorielle dans le domaine de la lutte contre le ver de Guinée au Tchad (Tchonfinet Mondai, entretien réalisé à N'Djamena en 2019).*

Pourtant, dans un rapport publié simultanément par la FAO, l'OMSA et l'OMS en 2019, l'approche multisectorielle est considérée comme meilleur outil de lutte contre les zoonoses. Elle tient compte de l'interdépendance entre la santé et ses déterminants sociaux et économiques. En effet, la santé est un facteur essentiel dans la réalisation des 17 ODD. La mise en œuvre de l'approche « une seule santé » permettra de progresser dans la réalisation des ODD. Les ODD eux-mêmes reflètent une approche « Une seule santé », en garantissant que les personnes et les animaux en bonne santé vivent sur une planète en bonne santé. Outre cela, le « cadre opérationnel pour le renforcement des systèmes de santé publique, animale et environnementale à leur interface » a été publié par la Banque mondiale en 2018. Ce cadre fournit des informations de base sur l'origine, la raison d'être et la valeur ajoutée de l'approche multisectorielle « une seule santé ». D'ailleurs, l'exemple Burkinabé de lutte contre le ver de Guinée reste toujours d'actualité et mérite d'être utilisé en milieu rural tchadien.

En effet, l'éradication du ver de Guinée sur l'ensemble du territoire burkinabé est aussi le fruit de la collaboration intersectorielle entre le ministère de la santé et les ministères chargés de l'Eau, de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur, de l'Administration territoriale et de la Communication. Enfin, elle est la résultante des efforts conjugués de tous les agents de santé à tous les niveaux (directeurs régionaux de la santé, médecins-chefs de district, techniciens de génie sanitaire, infirmiers-chefs de poste, sages-femmes et maïeuticiens, agents itinérants de santé, accoucheuses auxiliaires) avec ceux des agents de santé communautaires et de toute la population entière qui ont traqué de jour comme de nuit cette pandémie dans les moindres recoins du pays, depuis les humbles hameaux jusqu'aux champs les plus reculés (Le Pays, 2013). Pour garantir la mise en œuvre effective des activités de lutte contre les maladies zoonotiques, l'approche multisectorielle doit être systématique et durable (FAO et *al.*, 2019).

Au Tchad, la véritable difficulté est justement la définition des rôles assignés à chaque acteur impliqué dans la lutte contre le ver de Guinée selon sa compétence. L'une des contraintes réside autour des moyens financiers pour permettre aux autres départements ministériels de se rendre sur le terrain. Aucune ligne budgétaire n'est destinée aux acteurs des Ministères ciblés pour contribuer à l'éradication du ver de Guinée. Ces résultats confirment l'hypothèse spécifique n° 4 qui précise que : face à la lutte contre la dracunculose, les interactions entre les acteurs institutionnels et les communautés rurales ne sont pas structurées par une démarche sociologique participative, inclusive ou collective. L'hypothèse spécifique n°1 selon laquelle : la lutte contre la dracunculose fait l'objet d'un programme national certes

structuré et mobilisant une diversité d'acteurs mais avec des logiques divergentes et des résultats limités ou mitigés est confirmée à travers ces résultats.

Le principal défi au niveau de la mise en œuvre de l'approche multisectorielle de promotion de la santé réside essentiellement dans la capacité des responsables politiques et administratifs à créer une collaboration intersectorielle entre les acteurs impliqués et à garantir son succès sur le long terme. Plus précisément, les logiques propres au fonctionnement de chaque acteur sont parfois difficiles à concilier lors de la formation d'une collaboration intersectorielle. Les efforts à consentir doivent être fournis par tous les acteurs impliqués dans la conception d'une approche multisectorielle (Chircop et *al.*, 2015 cité par Abrassart et *al.*, 2017). Ces faiblesses ont été soulignées également dans un rapport mettant en exergue la coordination entre les MTN et le secteur WASH publié par le Bureau d'Expertise d'Eau d'Assainissement de Développement et Ingénierie Sociale, il est mentionné le manque de collaboration de ces deux secteurs en ces termes :

*On note qu'il n'existe pas une coordination entre les programmes MTN et les secteurs WASH au Tchad. Par contre, plusieurs rencontres et échanges ont eu lieu entre les coordonnateurs MTN, le ministère en charge de l'eau et de l'assainissement et l'UNICEF pour le plaidoyer a orienté les forages et les programmes WASH dans leurs zones de prise en charge des MTN mais cela n'a pas abouti à une solution. Par ailleurs, les coordonnateurs MTN déplorent la non prise en compte des indicateurs MTN, les zones de forte prévalence de morbidité des MTN par les acteurs WASH dans leurs actions. Il faut souligner le manque de coordination et de partage entre les programmes MTN et le secteur WASH (BEADIS, 2020).*

Plusieurs facteurs et vulnérabilités plurielles favorisent l'augmentation des cas et infections du ver de Guinée en milieu rural. D'après les résultats obtenus, des villages endémiques [Bogam, Dangkalakanyan, Djoballa...] ne disposent pas des points d'eau potable. Les populations humaines et animales (domestiques et sauvages) se massent autour de quelques rares sources d'eau polluées (mares, étangs et fleuves) formant ainsi des foyers de maladie potentiels. L'accès à l'eau est principalement un problème pour les ménages ruraux, il faut parfois parcourir trente minutes ou plus pour aller chercher de l'eau à l'exemple des mares de Bogam notamment : « Birka Bogam », « Kokoro » et « Rasalfil » qui alimentent un village de 98 ménages. La consommation de ces mares par les populations a causé l'apparition de la maladie du ver de Guinée pour la première fois dans ce village méconnu par les agents de lutte contre le ver de Guinée. Pourtant, la lutte contre la dracunculose consiste à promouvoir la consommation d'eau salubre. Les bonnes pratiques liées à l'eau, hygiène et

l'assainissement ne sont pas pratiquées dans les zones endémiques de dracunculose. Points d'eau éloignés des habitations, eau de qualité insalubre, ruptures de service, pompes hors d'usage par manque d'entretien, tel est le quotidien d'un grand nombre d'habitants des pays en développement où les services publics de base sont fragiles, défaillants, voire inexistants (Dussaux 2012). D'après Ndiokubwago, représentant de l'OMS au Tchad : « *En plus de la sensibilisation, le Tchad doit résoudre le lancinant problème de l'approvisionnement en eau potable qui constitue l'une des conditions essentielles pour l'arrêt de la transmission de la maladie du ver de Guinée* » (Bihebdomadaire, 2018 :7).

Nya (2020) fait une analyse dans le contexte camerounais que, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement dans le département du Ndé est un problème réel qui affecte les populations de cette localité des Hauts Plateaux de l'Ouest. L'éloignement des points d'eau, la pénibilité du puisage, l'insalubrité de l'eau, l'intermittence du service, les files d'attente autour des points d'eau et un assainissement défectueux sont des obstacles récurrents de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Malgré les initiatives locales favorisées par la mise en œuvre de la décentralisation, les quantités d'eau disponibles sont insuffisantes pour satisfaire les besoins d'une population en pleine croissance. L'eau consommée par les populations les expose à des risques sanitaires graves. Dans les zones où sévit le ver de Guinée, la notion d'hygiène est méconnue par les populations à cause de leurs conditions socioéconomiques déplorables. Or, selon l'OMS (2017 cité par Brou et al., 2018), les bonnes pratiques en matière d'hygiène sont pourtant la manière la plus simple et la plus efficace d'empêcher la propagation des maladies.

N'ayant pas de ressources suffisantes pour assurer leurs besoins élémentaires, les communautés vivant dans les villages endémiques ont du mal à respecter les règles d'hygiène permettant d'éviter les maladies. Ces résultats corroborent à ceux obtenus par Messy Landry (2019) sur les pratiques d'hygiène et d'assainissement. Selon l'auteur des : « *Facteurs de risques associés à la survenue des maladies hydriques dans les marchés Mvog Mbi et Mvog Ada* », l'efficacité personnelle à agir préventivement pour sa santé est un obstacle trop fréquent qui mène à la résignation de personnes confrontées à des risques de santé alors qu'elles peuvent en fait exercer du contrôle.

Des ménages affirment n'avoir reçu aucune formation voire orientation sur les pratiques d'hygiène en milieu rural en dehors de quelques notions vulgarisées dans les centres de santé. Le Tchad se trouve confronté à une crise de l'eau potable en milieu rural. Selon le rapport de la Banque mondiale (2019), moins d'un enfant sur deux (1/2) a accès à l'eau potable, seul un

enfant sur 10 (1/10) a accès à un assainissement élémentaire et seul un enfant sur 17 (1/17) se lave les mains avec de l'eau et du savon. Quelques rares pompes à motricité humaine installées dans certains villages endémiques (Marabé 1 et 2, Moursal, Hélli bongo), Coton Tchad / Bouso, etc.) par les bonnes volontés et / ou nantis ne permettent non seulement pas de couvrir l'ensemble des besoins des populations mais font l'objet de marchandise car, les propriétaires exigent une somme aux usagers. Les forages et châteaux installés pour soulager les communautés rurales sont en panne laissant ainsi les populations dans la désolation totale.

Le Tchad à travers le programme national est incapable de doter tous les villages endémiques de dracunculose d'eau potable, c'est un problème crucial qui limite la capacité du programme d'éradication du ver de Guinée. Autre difficulté qui mérite d'être soulignée, est justement les limites du Centre Carter, l'un des principaux partenaires du programme dans la lutte contre le ver de Guinée au Tchad qui n'accepte pas de doter les villages endémiques de dracunculose d'eau potable. Selon le Centre Carter, l'octroi des forages aux villageois n'est pas inscrit dans son programme. Cette défaillance institutionnelle met en doute l'appui de cette institution qui est présente au Tchad depuis plusieurs années pour éradiquer la dracunculose.

Les résultats de la recherche révèlent que des pratiques culturelles freinent considérablement la lutte contre le ver de Guinée en milieu rural tchadien. Ayant leurs propres logiques, les populations des zones endémiques développent, préservent et entretiennent des valeurs culturelles afin de maintenir leur identité. Des instructions liées à l'enterrement des boyaux des poissons contre le ver de Guinée, l'attachement prolongé des chiens et chats, l'utilisation des produits pour le traitement des mares, l'utilisation de filtres à eau donnés par les agents du programme sont souvent considérées comme extérieures à leurs traditions. En effet, si la médecine moderne classe le ver de Guinée au rang des maladies tropicales négligées voire une maladie comme toute autre, les communautés des zones endémiques ne partagent pas entièrement cette vérité scientifique. Plusieurs causes ont été attribuées à la maladie du ver de Guinée. La dracunculose est perçue diversement dans les villages endémiques comme un mauvais sort jeté par les ancêtres suite aux désobéissances, les sorciers qui souhaitent voir la famille des victimes souffrir, les dieux des eaux (mares) qui sont fâchés, la colère de Dieu, la méchanceté de l'homme. Ceci confirme également l'hypothèse spécifique n° 3 qui stipule que: les populations rurales au Tchad construisent autour de la dracunculose des croyances et logiques de soins complexes influencées par des considérations plurielles d'ordre biomédical, culturel, social, magico-religieux.

Il est ressorti de cette recherche que l'enterrement des boyaux de poissons pour empêcher les infections animales n'a pas été respecté par plusieurs ménages. Selon les pêcheurs : « *l'enterrement des boyaux réduit la chance d'attraper beaucoup de poisson pendant la pêche donc nous ne pouvons pas enterrer notre chance* ». Cette croyance superstitieuse développée par certains groupes de pêcheurs et leurs entourages empêche la lutte. « *Les femmes des pêcheurs disent qu'elles ne peuvent pas enterrer les boyaux de poisson, pourquoi, parce que leur croyance dit que si elles enterrent, c'est la chance de leurs maris de capturer les poissons-là qu'elles sont en train d'enfouir déjà au trou-là, donc là, c'est impossible* ». « *Chez les jeunes filles, elles avancent que celles qui ne sont pas encore mariées-là, si elles enterrent les boyaux, elles ne vont pas trouver de maris* ». Les ménages des zones endémiques adoptent un comportement responsable en présence des agents chargés pour l'enterrement des boyaux contre le ver de Guinée mais à leur absence, tous repartis dans l'ancien système qui consiste soit à jeter les boyaux soit à donner aux chats et chiens.

*Mais l'utilisation des trous pour l'enterrement des boyaux reste encore un grand problème. Beaucoup de ménages n'ont pas encore creusé des trous, ils argumentent que voilà ça sent et qu'ils n'ont pas des produits pour traiter d'abord les boyaux avant de les mettre dans les trous, et que quand ça pourrit, ça bombe la concession tout ça, mais on est en train de faire le travail au fur et à mesure* (Koumandit née Koutou Suzanne, entretien réalisé le 28/12/2019 à Sarh)

Le constat a montré que la plupart des personnes vivant dans les zones endémiques n'ont pas un niveau requis pour comprendre l'importance des sensibilisations dans la lutte contre le ver de Guinée. Il y'a pas des centres éducatifs dans la majorité des villages où sévit le ver de Guinée. Quelques informations parachutées par l'équipe du programme déployée sur le terrain n'ont pas un impact considérable dans la lutte contre le ver de Guinée à cause de l'analphabétisme.

Des filtres à eau qui ont été distribués sont accrochés sur les hangars au-dessus des canaris non couverts dans les ménages parcourus. Cette pratique permet de comprendre que la maladie du ver de Guinée est effectivement négligée par les communautés rurales. Ces pratiques ont été observées à N'Guerbéli, Baingara, N'Gargué, N'Djamena Bousso, dans le district sanitaire de Bousso (Délégation sanitaire du Chari-Baguirmi). Des communautés rurales boivent l'eau du fleuve sans filtrer ni chauffer pourtant elles ont été sensibilisées. L'entretien des filtres distribués laisse à désirer. Ce qui traduit le manque de stratégie voire rigueur dans les sensibilisations pour éradiquer le ver de Guinée en milieu rural tchadien. Une telle situation laisse croire clairement qu'il y a encore des efforts à fournir dans l'atteinte



de l'objectif « éradiquer le ver de Guinée au Tchad ». L'hypothèse spécifique n° 2 qui précise que : les difficultés d'éradication de la dracunculose au Tchad, s'expliquent par les dysfonctionnements des systèmes de surveillance, d'une part, et par les contraintes liées aux connaissances, attitudes et pratiques des patients et leurs communautés, d'autre part est entièrement confirmée.

En dépit des dispositions prises par le PNEGV afin de vulgariser les filtres à eau dans les zones endémiques, il est à souligner que les réalités observées sur le terrain ne vont pas dans le sens d'éradication de la dracunculose car, il y a manque sinon insuffisance des filtres dans certains villages. Des ménages n'ont pas reçus des filtres à eau pourtant, ils vivent dans les zones endémiques.

Les résultats indiquent que la majorité des zones où sévit le ver de Guinée n'a aucune structure sanitaire. Les personnes malades doivent parcourir une longue distance pour se rendre dans un centre de santé avec tous les risques possibles. Il a été observé lors d'une enquête de terrain, des centres de santé dépourvus des personnes qualifiées. Il est noté la présence de quelques volontaires plus ou moins instruits qui travaillent à la place des personnes qualifiées. Il y'a également le manque des médicaments nécessaires, le plateau technique de manière globale ne permet pas d'assurer les premiers soins dans la plupart des villages parcourus laissant les populations rurales dans la désolation totale en dépit des traités et accords internationaux sur la santé approuvée par le Tchad notamment Alma Ata (1978), Ottawa (1986) et Bamako (1987). Outre cela, pour atteindre le centre de santé, il faut parcourir 10 à 15 km, sur des pistes impraticables à cause de la boue et de la poussière (Djouda et *al* : 2019). Cette situation est observée dans la majorité des villages endémiques (Bogam, Djoballa, Dangkalakanyan). Ces différentes vulnérabilités chevauchent les unes sur les autres et engendrent ainsi le phénomène de co-vulnérabilité source par excellence de la recrudescence du ver de Guinée en milieu rural tchadien.

Les résultats montrent également que l'attachement prolongé des chiens et chats utilisé par le PNEVG comme stratégie de lutte contre le ver de Guinée a pour seul objectif la réduction des infections animales dans les zones endémiques. Cependant, en dépit des dispositions prises par le PNEVG pour la mise en œuvre de l'attachement des chiens et chats, il est observé des résistances des propriétaires des animaux, la négligence des consignes données par le PNEVG, des chiens ont été détachés dans certains villages (Marabé, Bouso, Ngara) par leurs propriétaires, le retard lié à la nourriture des animaux attachés, la qualité de la nourriture divise les propriétaires des chiens et les agents de santé communautaires. Des

difficultés relatives aux soins des animaux malades sous la chaîne y compris ceux qui sont morts. L'attachement prolongé des chiens limite considérablement leurs capacités à jouer leur rôle. Quand le chien est attaché suite au ver de Guinée, il maigrit pour la seule raison qu'en milieu rural, c'est les chiens eux-mêmes qui se déplacent pour chercher leur nourriture. Il devient agressif vis-à-vis des membres de la famille mais aussi de son entourage. D'après Djero David, agent renfort au Centre Carter à Bousso : « dans *certains villages endémiques où les chiens infectés sont attachés, des hyènes ont pris beaucoup de chèvres des populations, les voleurs profitent de cette occasion pour voler les bétails et autres biens matériels en milieu rural* ». Des agents de lutte contre le ver de Guinée sont souvent accusés et traités d'être en complicité avec les voleurs dans le cadre de l'attachement prolongé des chiens afin de permettre aux voleurs de faire des opérations la nuit.

Les résultats révèlent également que le système de récompense qui est mis en place par le PNEVG dans le seul but d'éradiquer le ver de Guinée fait non seulement l'objet de diverses interprétations mais est devenu un moyen d'enrichissement dans les zones endémiques du ver de Guinée. Beaucoup pensent que le PNEVG fait commerce avec les vers extraits. Le nombre des chiens a augmenté dans les ménages (5 à 15 chiens à Marabé / Kyabé) dans le seul but d'avoir de récompense en cas d'infection des chiens par le ver de Guinée car, les chiens mangent souvent les boyaux de poissons.

Il est à retenir aussi que le recours aux radios communautaires dans la lutte contre le ver de Guinée, qui a pour objectif primordial la conscientisation de la population afin de susciter un changement de comportement est entaché des irrégularités. Des difficultés liées aux contrats de diffusion des spots radios ont été souvent soulignées par les responsables des radios communautaires. L'expérience a montré que les radios communautaires sont des meilleurs moyens de sensibilisation pour un changement de comportement. L'exemple camerounais du recours aux radios communautaires face à la maladie à corona virus reste toujours d'actualité.

En effet, dans le cadre de la riposte au COVID-19, les Radios Communautaires du Cameroun, mises à contribution par l'UNESCO, ont permis de porter le message des mesures barrières aux confins du pays. Elles ont joué et jouent un rôle important auprès des populations, afin de les alerter sur l'intensité de l'épidémie, les mesures préventives et les règles d'hygiène à suivre pour tenter de l'enrayer. Elles contribuent également à contrer la désinformation et susciter un engagement critique des populations locales dans la lutte contre la pandémie à la COVID-19 (UNESCO 2020).

Il est ressorti de cette recherche que la participation communautaire qui, dans sa forme théorique est bien structurée avec un partage des tâches entre la trilogie (Etat, COSAN, COGES et population rurale) est loin d'être une réalité en milieu rural tchadien. Des dysfonctionnements d'ordre institutionnel, la non maîtrise des rôles assignés à chacun des acteurs impliqués dans cette nouvelle stratégie, l'inefficacité du bénévolat communautaire n'ont pas permis de résoudre les problèmes liés à la santé des populations des zones rurales. Les COGES qui devraient être le fer de lance de cette nouvelle dynamique éprouvent des difficultés à jouer pleinement leurs rôles. Les conflits de leadership, le faible niveau de scolarisation des membres, le faible soutien des autres acteurs du système de santé retardent la réussite de cette nouvelle donne. Il faut également préciser que, les agents de santé communautaire ne sont également pas actifs dans plusieurs villages.

Ces dysfonctionnements ont été observés au sein du COGES du centre de santé communautaire de Moursal dans le district sanitaire de Bâ-illi et celui de Massakaba dans le district sanitaire de Kyabé. Dans ces deux formations sanitaires, les COGES ont du mal à fonctionner, les membres rencontrent d'énormes difficultés. N'ayant aucune formation dans la gestion, les membres du comité de gestion sont incapables de mobilisés des fonds pour soutenir les activités, la mauvaise gestion des ressources, le manque de confiance, la non tenue des rencontres, non maîtrise des tâches, manque de transparence sont souvent cités comme difficultés par les membres du COGES mais aussi les populations des zones concernées. Dans leur fonctionnement, on assiste à l'émergence tant des jeux d'intérêts entre les différentes parties prenantes. En gros, les interactions entre les acteurs en présence font naître quelque fois des conflits (Tagne et Yabène, 2018). Les relations interpersonnelles sont souvent conflictuelles dans certaines zones de responsabilités. S'inscrit alors dans une perspective de promotion des soins de santé primaires, avec au centre la communauté comme acteur principal mais force est de constater que, plus de dix années plus tard (après leur lancement), les choses n'ont guère évolué, du moins, ont évolué autrement par rapport aux attentes de l'OMS (N'détibaye 2004).

## BIBLIOGRAPHIE

### 1- Ouvrages généraux

**ABRASSART Aurélien, ANNA GRAFF Lucia, KILIAN KÜNZI,** *Approche multisectorielle de la promotion de la santé: un guide pour la Suisse romande et le Tessin,* Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale Bass sa, 2017.

**DEBRAY Régis,** *Le feu sacré. Fonctions du religieux,* Paris, Fayard, 2003.

**DE ROSNY Eric,** *L'Afrique des guérisons,* Paris, Karthala, 1992.

**ELA Jean Marc,** *Afrique : L'irruption des pauvres Société contre Ingérence, Pouvoir et Argent,* Paris, L'Harmattan 1994.

**HOUNTONDI Paulin,** *Les savoirs endogènes, pistes pour une recherche,* Paris, Karthala, 1994.

**MIDGLEY James, WITH Anthony Hall, HARDIMAN Margaret and DHANPAUL Narine Methuen,** *Community participation, social development and the state,* University Paperbacks, London and New York, 1986.

**RIDDE Valéry,** *L'initiative de Bamako 15 ans après, un agenda inachevé,* Health, Nutrition, and Population Family (HNP) of the World Bank's, 2004.

### 2- Ouvrages de méthodologie

**BEAUD Stéphane et WEBER Florence,** *Guide de l'enquête de terrain,* Paris, la découverte, 2003.

**DURKHEIM Emile,** *Les règles de la méthode sociologique,* Quadrige, PUF, 2002.

**DELAS Jean-Pierre et MILLY Bruno,** *Histoire des pensées sociologiques,* Paris, Armand Colin, 2005.

**JODELET Dénise,** *Les représentations sociales.* Paris, PUF, 1989.

**LAMOUREUX Andrée,** *Recherche et méthodologie en sciences humaines,* Etudes vivantes, Laval (Québec), 1995.

**LOUBET DELBAYLE Jean-Louis,** *Initiation aux méthodes des sciences sociales,* Paris, L'Harmattan, 2000.

**LEMAY Violaine, DARBELLAY Frédéric**, *L'interdisciplinarité racontée. Chercher hors frontières, vivre l'interculturalité*, Berne, Peter Lang, 2014.

**GRAWITZ Madeleine**, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2001.

**N'DA Pierre**, *Méthodologie et guide pratique du mémoire de recherche et de la thèse de doctorat*, Paris, L'Harmattan, 2007.

**N'DA Paul**, *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines; Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*, Paris, L'Harmattan, 2015.

**NKOUM Benjamin Alexandre et SOCPA Antoine**, *La démarche qualité dans les soins de santé: Un défi en Afrique*, L'Harmattan Cameroun, 2015.

**OGIEN Albert**, *Théories sociologiques de l'action*, Institut Marcel Mauss, 2013.

**OMS**, *Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé ; Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique*, Manille, 2003.

**PAUGAM Serge**, *L'enquête sociologique*, Paris, PUF, 2010.

**TOUBOUL Pia**, *Recherche qualitative : la méthode des Focus Groups. Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale*, Département de Santé Publique CHU de Nice, 1992.

### 3- Ouvrages spécialisés

**ANT ONA Denise**, *L'éradication des maladies infectieuses : l'exemple de la poliomyélite*, Paris, Med Sci, 2002.

**DORIS Bonet & YANNICK Jaffré**, *Les maladies de passage : transmissions, préventions et hygiène en Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.

**CAPRARA Andrea**, *Transmettre la maladie, représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*, Paris, Karthala, 2000.

**CHIPPAUX Jean-Philippe**, *Le Ver de Guinée en Afrique, méthodes de lutte pour l'éradication*, Paris, Orstom, 1994.

**CANTRE Pierre et LOCOH Thérèse**, *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'ouest*, Paris, Centre Français sur la Population et le Développement, 1990.

**DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, NGUENDO YONGSI Blaise et SOCPA Antoine**, *Offres, recours & accès aux soins de santé parallèles en Afrique ; Des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle*, Québec, différence pérenne, 2015.

**DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand & MBA Robert-Marie**, *Corps, santé et société en Afrique : interrogations socio-anthropologiques actuelles*, Revue Camerounaise de sociologie, vo.1, n° 2-Mai 2020.

**DESGROSEILLIERS Valérie, VONARX Nicolas, GUICHARD Anne et ROY Bernard**, *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis*, Canada, Presse Universitaire de Laval, 2016.

**DAUDE Eric & ELIOT Emmanuel**, *Exploration de l'effet des types de mobilités sur la diffusion des épidémies* ; Septièmes Rencontres de Théo Quant, janvier 2005.

**ERVING GOFFMAN**, *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, les éditions de Minuit, 1975.

**FASSIN Didier**, *Les enjeux politiques de la santé*, Paris, Karthala, 2000.

**FOUCAULT Michel**, *Maladie mentale et personnalité*, Paris, PUF, 1954.

**HOURS Bernard**, *Système et politique de santé ; De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala, 2001.

**JAFFRE Yannick & DE SARDAN Olivier Jean Pierre**, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Marseille, Paris, APAD Karthala, 2003.

**KONDJI KONDJI Dominique**, *Politique et système de santé*, Yaoundé, Mtc-health, 2005.

**LAUDE Anne, TABUTEAU Didier**, *De l'observance à la gouvernance de sa santé*, Paris, PUF, 2007.

**NGO LIKING Julienne Louise**, *Les maladies tropicales négligées, et infections nosocomiales en Afrique : un défi de santé publique*, Paris, l'Harmattan, 2021.

**NKOUM Benjamin Alexandre**, *Santé et développement*, Yaoundé, Presses de l'UCAC, 2019.

**MASSE Raymond, BENOIST Jean**, *Convocations thérapeutiques du sacré*  
Paris, Karthala, 2002.

**MIMCHE Honoré et DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand**, *Famille et santé en Afrique, regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, l'Harmattan, 2018.

**RIDDE Valéry**, *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, Paris, l'Harmattan, 2007.

**TESSIER Stéphane, JEAN BAPTISTE André et RIBEIRO Marie-André**, *Santé publique, santé communautaire*, Paris, Maloine, 2004.

**JAFFRÉ Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean Pierre**, *La construction sociale des maladies; Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*, Paris, PUF, 1999.

#### 4- Articles scientifiques

**ALEJANDRO Romero Reche**, « Théorie du complot, secret et transparence », *Article disponible en ligne à l'adresse* : <https://www.cairn.info/revue-rue-descartes-2020-2-page-81.htm>.

**ALPHOUSSEYNI Ndonky, OLIVEAU Sébastien, LALOU Richard et DOS SANTOS Stéphanie**, « Mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar, Cybergegeo » : *European Journal of Geography* [En ligne], Cartographie, Imagerie, SIG, document 751, mis en ligne le 07 décembre 2015, consulté le 15 mars 2021 à 13h30 mn. URL : <http://journals.openedition.org/cybergegeo/27312> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cybergegeo.27312>.

**ADASKOU MOHAMED, HOUMAM IDRIS, & ONBOUH, HASSAN**, « Demande et offre de soins de santé : avancées et modèles théoriques ». *International Journal of Accounting, Finance, Auditing, Management and Economics*, 2(3), 66-85, 2021. Consulté à l'adresse <https://www.ijafame.org/index.php/ijafame/article/view/252>.

**AYANGMA BONOHO Simplex**, « Aux origines de la décentralisation dans les systèmes de santé en Afrique : jeux et enjeux de la participation des communautés ? » pp 46-73, in *Décentralisation et santé en Afrique : enjeux et stratégies des acteurs* ; **MOULIOM IBRAHIM MOUNGBAKOU & BATIBONAK Sariette**, Douala, éditions Cheik Anta Diop, 2018.

Bulletin d'information et de plaidoyer « mères et enfants du Tchad », n°10, Mai 2000.

**BERENGUER Martine**, « La chanson contemporaine engagée », in *L'école des lettres – second cycle*, n°10, 2005/2006, pp.45-59.

**BROU AHOSSI Nicolas, KOUASSI N'DRI Severin, KADJO AI Modestine, ATCHORI MEL Joachim et IBO GUEHI Jonas**, « Perceptions Sociales de l'hygiène et de

l'assainissement en milieu urbain et rural Ivoirien », *European Scientific Journal January* 2018 edition Vol.14, No.2 ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431, Doi: 10.19044/esj.2018.v14n2p316 URL:<http://dx.doi.org/10.19044/esj.2018.v14n2p316>.

**BOUTEYRE Évelyne**, « La résilience face aux tracasseries quotidiennes vécues par les parents d'enfant malade ou handicapé », *Bulletin de psychologie*, 2010/6 (Numéro 510), p. 423-428. DOI : 10.3917/bupsy.510.0423. URL : <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2010-6-page-423.htm>.

**BURNIER Eric et LORENZ Nicolaus**, « Les ressources humaines dans le développement des services de santé », *Annuaire suisse de politique de développement* [En ligne], 13 | 1994, mis en ligne le 19 décembre 2012, consulté le 08 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/aspd/1059> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/aspd.1059>.

**CARBONNELLE Sylvie, CASINI ANNALISA, KLEIN Olivier**, « Les représentations sociales de la démence: de l'alarmisme vers une image plus nuancée. Une perspective socio-anthropologique et psychosociale », *fondation Roi Baudouin* : (Belgium) Bruxelles (2009) (ISBN:978-2-87212-583-8) 65 pages <http://hdl.handle.net/2078.1/165667>; consulté le 08/10/2020 à 11h51mn.

**DROY Isabelle**, « Pauvreté, enclavement et accès à l'école primaire en milieu rural guinéen » in « *Mondes en développement* » 2005/4 no 132 | pages 111 à 127 ; Article disponible en ligne à l'adresse:<https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005-4-page-111.htm>; consulté le 02/06/2020 à 23h 20 mn.

**DUFORT Francine**, « La théorie des interactions symboliques et les enjeux de l'entrée massive des femmes en médecine ». *Recherches féministes*, 1992 pp 57–78. <https://doi.org/10.7202/057699ar>.

**DE BARNIER Virginie, JOANNIS Henri**, « Chapitre 6. Construire le message radio », dans : *Marketing & création publicitaire. Réseaux sociaux, Mobile, TV, Radio, Print, Paris, Dunod*, « Marketing / Communication », 2016, p. 195-210. URL : <https://www.cairn.info/marketing-et-creation-publicitaire--9782100746033-page-195.htm>, consulté le 16 /08/2021 à 13h 30.

**DUFLOT Carol**, « Corps et image de soi : les indications thérapeutiques de l'art-thérapie en soins palliatifs » *L'entre-temps*, sous la direction de Duflot Carol. Toulouse, Érès, « Trames », 2016, p. 71-120. URL : <https://www.cairn.info/l-art-therapie-en-soins-palliatifs--9782749249865-page-71.htm>, consulté le 12 /10/2021 à 03h13mn.



**DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand et LEUMALEU-NOUMBISSIE Ulrich**, « Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun », Caisse nationale d'assurance vieillesse « *Gérontologie et société* » ; 2019/1 vol. 41 / n° 158 ; pp 41-55, Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2019-1-page-41.htm>.

**DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand**, « Crises paradoxales des « structures de dialogue » face au processus de participation communautaire et de décentralisation sanitaire au Cameroun » in décentralisation et santé en Afrique : enjeux et stratégies des acteurs, *Douala, éditions Cheik Anta Diop*, pp 226-254 ; 2018.

**DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand**, « Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de tuberculose au Cameroun », REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales, vol.18, 6, junio 2010, <http://revista-redes.rediris.es>.

**ELANGA ESSAMA Brice Kevin**, « Itinéraires thérapeutiques des patients porteurs d'anémie », June, 2017, *Journal of medicine and health sciences*, disponible sur : <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/thesis/view/534>, consulté le 17/03/2021 à 23h10 mn.

**Elhadji Mamadou Mbaye, Souleymane Kone, Ousseynou Kâ, Souleymane Mboup**, « Evolution de l'implication des communautés dans la riposte à ébola », « Santé Publique » 2017/4 Vol. 29 | pages 487 à 496 ISSN 0995-3914, Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2017-4-page-487.htm>, consulté le 25 / 02/ 2021 à 11h00 mn.

**ESSI Marie José , NJOYA Oudou**, « L'Enquête CAP (Connaissances, Attitudes, Pratiques) en recherche médicale », *health Sci. Dis*: Vol 14(2) (June 2013).

**ELOUNDOU MESSI Paul Basile**, « Décentralisation et gestion participative dans les formations sanitaires de base de la ville de Maroua (Extrême-Nord-Cameroun) » in décentralisation et santé en Afrique : enjeux et stratégies des acteurs, *Douala, éditions Cheik Anta Dio*, 2018.

**EZEMBE Ferdinand**, « Les représentations de la maladie et du soin, dans : L'enfant africain et ses univers ». Sous la direction de Ezembe Ferdinand. Paris, Karthala, « Questions d'enfances », 2009, p. 211-245. URL : <https://www.cairn.info/l-enfant-africain-et-ses-univers-9782811101725-page-211.htm>, consulté le 04/10/2021 à 23h40.

**FASSIN Didier, JEANNEE Emile, SALEM Gérard**, « Les enjeux sociaux de la participation communautaire : les comités de santé à Pikine (Sénégal) ». *Sciences Sociales et Santé*, 4 (3/4), p. 205-221. ISSN 0294-0337, 1986. Consulté le 02/11/2021 à 00h31mn.

**FAYE Landry Sylvain**, « Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis », Autre part, 2012/1 (N° 60), p. 129-146. DOI : 10.3917/autr.060.0129. URL : <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2012-1-page-129.htm>, consulté le 04/01/2022 à 22h19 mn.

**FIORELLI Cecile, CHAXEL Sophie, MOITY Maïzi Pascale**, « Les récits de vie : outils pour la compréhension et catalyseurs pour l'action. Interrogations? », 2014, 17, pp.1-14. ffhal-01189838.

**FRANCKEL Aurélien, ARCENS Frédéric, LALOU Richard**, « Contexte villageois et recours aux soins dans la région de fatick au Sénégal », 2008/3 Vol. 63 | pages 531 à 553 ISSN 0032-663 ISBN 9782733230886 DOI 10.3917/popu.803.0531 Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-population-2008-3-page-531.htm>, consulté le 23/12/2021 à 01h40 mn.

**GALAND Charles et SALES-WUILLEMIN Edith**, « Apports de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé », Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-societes-2009-3-page-35.htm>, consulté le 04 /10/2021 à 22h 50mn.

**GUIMELLI Christian**, « Les représentations sociales, dans : Christian Guimelli, la pensée sociale », *Paris cedex 14, Presses Universitaires de France*, « Que sais-je ? », 1999, p. 63-78. URL : <https://www.cairn.info/--9782130497776-page-63.htm>.

**GUESSOUS Idris GASPOZ Jean-Michel**, « Dépistage : principes et méthodes », *Revue Médicale Suisse*, [www.revmed.ch](http://www.revmed.ch), 2010.

**GODELIER Maurice**, « Maladie et santé selon les sociétés et les cultures, dans : Maurice Godelier, Maladie et santé selon les sociétés et les cultures ». *Paris cedex 14, Presses Universitaires de France*, « hors collection », 2011, p. 11-29. DOI : 10.3917/puf.gode.2011.01.0011. URL : <https://www.cairn.info/maladie-et-sante-selon-les-societes-et-les-culture--9782130577256-page-11.htm>, consulté le 05/10/2021 à 00h05mn.

**HOMIENGNON Yeo, KOUADIO Joseph Kra et LATH Franck Eric Koffi**, « Infrastructures de transport et accessibilité géographique des populations rurales aux équipements sanitaires urbains dans la zone dense de Korhogo (nord de la Côte d'Ivoire) », *Espace populations sociétés* [En ligne], 2016/2 | 2016, mis en ligne le 29 juin 2016, consulté le 30 décembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/eps/6331> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/eps.6331>.

**HUAS Caroline**, « Dépister ou ne pas dépister : comment s'y retrouver ? », *Revue francophone de médecine générale* Volume 27 N° 127, 2016.

**HELLER Kenneth**, “ The return to community”, *American Journal of Community Psychology*, 17, 1-15. 1989 ; <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1007/BF00931199>, consulté le 02/11/2021 à 00H51 mn.

**IBRAHIM SY, MOUSSA KEITA, DOULO TRAORE, BRAMA KONE, KHADIJATOU BA, OULD BOILIL WEDADI, FAYOMI Benjamin, BASSIROU BONFOH, TANNER Marcel et GUELADIO CISSE**, « Eau, hygiène, assainissement et santé dans les quartiers précaires à Nouakchott (Mauritanie) : contribution à l'approche écosanté à Hay Saken », <https://doi.org/10.4000/vertigo.14999>, consulté le 11/05/2022 à 12h 28mn.

**JERROLD Levinson, TALON-HUGON**, « La chanson populaire comme microcosme moral : les leçons de vie des standards de jazz », *Presses Universitaires de France*, « Nouvelle revue d'esthétique » 2013/1 n° 11 pp 147 à 160 ISSN 1969-2269 ISBN 9782130618195 ; Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-d-esthetique-2013-1-page-147.htm>; consulté le 16/08/2021 à 04h04 mn. [https://www.memoireonline.com/12/08/1718/m\\_Structure-de-loffre-et-demande-des-soins-de-sante-dans-la-zone-de-sante-rurale-de-Minova7.html](https://www.memoireonline.com/12/08/1718/m_Structure-de-loffre-et-demande-des-soins-de-sante-dans-la-zone-de-sante-rurale-de-Minova7.html), consulté le 12 / 03/2021 à 10h35 mn.

**KADDAR Miloud, STIERLE FRIEDEGER, SCHMIDT-EHRY BERGIS, TCHICAYA Anastase**, « L'accès des indigents aux soins de santé en Afrique subsaharienne ». *In Tiers-Monde*, tome 41, n°164, 2000. Disparités régionales et globalisation, organisations paysannes et marchés, pp. 903-925; doi : <https://doi.org/10.3406/tiers.2000.1444> [https://www.persee.fr/doc/tiers\\_1293-8882\\_2000\\_num\\_41\\_164\\_1444](https://www.persee.fr/doc/tiers_1293-8882_2000_num_41_164_1444), consulté le 15/03/2021 à 14h55.

**KOUADIO AKOU AKA**, « L'accessibilité des populations rurales aux soins de santé dans le département d'Abengourou (Côte-d'Ivoire) », *les Cahiers d'Outre-Mer* [En ligne], 251

|Juillet-Septembre 2010, mis en ligne le 01 juillet 2013, consulté le 21 septembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/com/6075> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/com.6075>, consulté le 07/10/2021 à 10h50 mn.

**LAFLAMME Diane et JOSY LEVY Joseph**, « La maladie grave et le deuil vécus en contexte familial : la contribution des modèles théoriques et des démarches intégratives à l'avancement des recherches », *enfances familles générations* [En ligne], 24 | 2016, mis en ligne le 15 août 2016, consulté le 26 février 2021. URL : <http://journals.openedition.org/efg/1042>.

**LUCIE LAPLACE, LEMAY Violaine et DARBELLAY Frédéric**, « L'interdisciplinarité racontée. Chercher hors frontières, vivre l'interculturalité », *Lectures [En ligne]*, Les comptes rendus, mis en ligne le 26 septembre 2014, consulté le 10 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/lectures/15603> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/lectures.15603>

**LYSANIUK Benjamin et TABEAUD Martin**, « Les santés vulnérables des Suds ; Belin « L'Espace géographique » » 2015, pp 229-244, article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2015-3-page-229.htm>; consulté le 27/05/2020 à 23h.

**LANDRY FAYE Sylvain**, « Confrontations des « grammaires » de la « participation » communautaire en contexte d'urgence sanitaire d'Ebola en Guinée-Conakry Afrique et développement, Conseil pour le développement de la recherche en sciences sociales en Afrique », (CODESRIA), Volume XLVI, No. 3, 2021, pp.155-180 2021 (ISSN : 0850 3907).

**LANDRY FAYE Sylvain**, « Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis », 2012/1 N° 60 | pages 129 à 146 ISSN 1278-3986 ISBN 9782724632194 DOI 10.3917/autr.060.0129 Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2012-1-page-129.htm>.

**MADAN Triloki Nath**, "Community involvement in health policy; socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. *Soc Sci Med.* 1987;25(6):615-20. doi: 10.1016/0277-9536(87)90086-4. PMID: 3686095. Consulté le 02/11/2021 à 00h 40 mn.

**MAFUTA Eric**, « Comité de santé et relais communautaires : des défis pour un meilleur rôle d'interface », Cas de la République Démocratique du Congo (RDC), <https://www.health4africa.net/2016/01/comite-de-sante-relais-communautaires-des-defis-pour-meilleur-role-dinterface-cas-de-la-republique-democratique-du-congo-rdc/>, consulté le 08/01/22 à 22h 50mn.

**MAUSS Marcel**, « Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques », Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi Courriel: [jmt\\_sociologue@videotron.ca](mailto:jmt_sociologue@videotron.ca) Site web: <http://pages.infinit.net/sociojmt>; 2002 ; consulté le 19/03/ 2021 à 12h00 mn.

**MASSE Raymond**, « Le risque en santé publique : pistes pour un élargissement de la théorie sociale. Sociologie et sociétés », 39 (1), 13-27. 2007, <https://doi.org/10.7202/016930ar>, consulté le 10/10/ 2020 à 23h14mn.

**MONGIN Christian**, « La dracunculose, une maladie en voie de disparition », in *Développement et Santé*, n°150, décembre 2000.

MÜLLER Richard, « La dracunculose : épidémiologie, endiguement et traitement », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 57 (6) : 903-910 (1979).

**FOURNIER Pierre, POTVIN Louise**, « Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme », in *Sciences sociales et santé*. Volume 13, n°2, 1995. pp. 39-59.

**MBELLA MBONG Rostant**, « Recours aux itinéraires thérapeutiques traditionnels dans les zones rurales de l'arrondissement de Mélong : Analyse multidimensionnelles de la diversité des soins », *revue espace géographique et société marocaine* n° 52, 2021.

**MEESSEN Bruno & WIM VAN DAMME**, « Systèmes de santé des pays à faible revenu : vers une révision des configurations institutionnelles ? », *De Boeck Supérieur « Mondes en développement »* 2005/3 no 131 | pages 59 à 73 ISSN 0302-3052 ISBN 2804147266 DOI 10.3917/med.131.0059 Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2005-3-page-59.htm>.

**MOULIOM MOUNGBAKOU Ibrahim Bienvenu**, « Représentations populaires et recours thérapeutiques en cas de tuberculose dans le royaume Bamoun (Ouest-Cameroun) », in *Offres, recours & accès aux soins de santé parallèles en Afrique ; des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle*, **DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand, NGUENDO YONGSI et SOCPA Antoine**, *Différence Pérenne*, 2015.

**Ofouémé-Berton Yolande**, « L'approvisionnement en eau des populations rurales au CongoBrazzaville », *Les Cahiers d'Outre-Mer* [En ligne], 249 | Janvier-Mars 2010, mis en ligne le 01 janvier 2013, consulté le 22 / 02/2021. URL : <http://journals.openedition.org/com/5838> ;

**OKALLA Raphaël et LE VIGOUROUX Alain**, « Cameroun: de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 21 | 2001, mis en ligne le 01 mars 2006.

**PEGUY TCHAKOUTIO Ndonkou**, « La consommation de l'eau et la résurgence des maladies hydriques au Cameroun: Dilemme entre santé publique et exceptions culturelles » ; pp 14-25; in Approvisionnement en eau potable en Afrique Une technologie appropriée pour relever le défi, *Afrique & Science*, Juin 2016.

**PODA et al.**, « Gestion de l'eau et maladies d'origine hydrique dans le terroir de Donsin au Burkina Faso: cas du ver de Guinée », *Revue CAMES*, Volume n° 00 – 1998.

**PABLO Kreimer, JUAN PABLO Zabala**, « Quelle connaissance et pour qui ? Problèmes sociaux, production et usage social de connaissances scientifiques sur la maladie de chagas en argentine », *Revue d'anthropologie des connaissances*, 2008/3 Vol. 2, n° 3 | pages 413 à 439.

**PRUVOST Geneviève**, « Récit de vie », *Sociologie* [En ligne], Les 100 mots de la sociologie, mis en ligne le 01 mars 2011, consulté le 20 octobre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/671>.

**POISSONNIER Arianne**, « L'eau : améliorer sa disponibilité et son utilisation », RFI Archive : [www.rfi.fr/articles/059/article\\_31902.asp](http://www.rfi.fr/articles/059/article_31902.asp); 2005.

**REVUE CAMEROUNAISE DE SOCIOLOGIE**, « La vulnérabilité sociale en débat au Cameroun ; approche et interrogations sociologiques plurielles », *L'Harmattan*, vol.1 n° 01, 2019.

**RENAUD Lise, RICO DE SOTELO Carmen**, « Communication et santé : des paradigmes concurrents », <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-1-page-31.htm>; consulté le 02/ 11/2020 à 14h 27mn.

**RENAUD Lise**, « Communication pour la santé : construction d'un champ de recherche et d'intervention », *Communiquer* [En ligne], la communication à l'UQAM | 2020, mis en ligne le 31 mars 2020, consulté le 20 janvier 2022. URL : <http://journals.openedition.org/communiquer/4959>, DOI : <https://doi.org/10.4000/communiquer.4959>.

**Ranque PH.**, « Eradication de la dracunculose : l'exemple du Pakistan », *Médecine d'Afrique Noire*, 1992.

**RIVIÈRE Claude et SECA Jean-Marie**, « Les représentations sociales », coll. « Coursus », 2001, in *Raison présente*, n°140, 4e trimestre 2001.

**SIDBEWENDIN David Olivier ILBOUDO, Issa SOMBIE, André KAMBA SOUBEIGA, TANIA DRÆBEL**, « Facteurs influençant le refus de consulter au centre de santé dans la région rurale ouest du Burkina Faso », 2016/3 Vol. 28 | pages 391 à 397 ISSN 0995-3914, Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2016-3-page-391.htm>, consulté le 07/10/2021 à 12h 13mn.

**SUAREZ-HERRERA José Carlos, CHAMPAGNE François et CONTANDRIOPOULOS André-Pierre**, « Les enjeux organisationnels de la participation communautaire dans un contexte de modernisation réflexive : le cas des conseils locaux de santé au Brésil. Nouvelles pratiques sociales », 23(1), 206–221. <https://doi.org/2010.7202/1003177ar>, consulté le 01/11/2021 à 15h28mn.

**SOMBIE Issa, DJESIKA Amendah, KAMBA André Soubeiga**, « Les perceptions locales de la participation communautaire à la santé au Burkina Faso », article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-4-page-557.htm>, consulté le 22/11/2021 à 03h14 mn.

**TAGNE Troie Thiery & YAMBENE BOMONO Henri**, « Les instruments de gestion concertée des centres de santé en contexte camerounais de la décentralisation : l'expérience des comités de santé de la commune d'arrondissement de Bafoussam II, in décentralisation et santé en Afrique : enjeux et stratégies des acteurs », *Douala, éditions Cheik Anta Diop*, pp 130-158 ; 2018.

**TIZIO Stéphane, FLORI Yves-Antoine**, « L'initiative de Bamako: santé pour tous ou maladie pour chacun? », in *Tiers-Monde*, tome 38, n°152, 1997. pp. 837-858.

**TIZIO Stéphane**, « Etat de santé et systèmes de soins dans les pays en développement : la contribution des politiques de santé au développement durable », *De Boeck Supérieur / « Mondes en développement »* 2004/3 no 127/ pages 101 à 117 ISSN 0302-3052 ISBN 2-8041-4434-8 DOI 10.3917/med.127.0101, article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2004-3-page-101.htm>.

**Tribune Médecine et Santé Tropicales**, « Les deux côtés de la rivière : importance des échanges Nord-Sud dans la lutte contre les maladies tropicales négligées », Vol. 24, No 82 - Avril-Mai-Juin 2014.

**TOUSSE DJOU Josiane**, « Gestion plurielle et décentralisation des services publics de santé au niveau local : analyse de la dynamique d'offre plurielle de soins à Batcham-Cameroun », In décentralisation et santé en Afrique : enjeux et stratégies des acteurs, *Douala, éditions Cheik Anta Diop*, pp 204-225; 2018.

**YANDAÏ Fissou Henry, MOUNDINE Kebfene, DJOUMBE Ephraïm, BOULOTIGAM Kodbesse, MOUKENET Azoukalne, DEMBA KODINDO Israël et KERAH HINZOUNBE Clément**, « Perception de risques du paludisme et utilisation des moustiquaires au Tchad », *international Journal of Biological and chemical sciences*, pp :228-236, 2017.

**YEDJI Narcisse Martial, IMOROU Abou-Bakari, AMOUZOUVI Dodji Mouléro**, « Visages de l'offre de soins dans les formations sanitaires publiques au Benin : une étude de cas à l'hôpital de zone de Cove », *Revue Dezan*, Numéro 010, 2015, pp 237-262.

**WAMBA André, FORTIN Sylvie et KOKI NDOMBO Paul**, « Le poids relatif de l'accessibilité économique et culturelle : les déterminants de recours aux soins gynéco-pédiatriques vus par les mères, guérisseurs et biomédecins en contexte de pluralisation thérapeutique », pp 223-255 ; in offre, recours & accès aux soins de santé parallèles en Afrique. Des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle ; sous la direction de DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, NGUENDO YONGSI, SOCPA Antoine, *Canada, les éditions différence pérenne*, 2015.

**ZERBO Roger**, « Evolution du système sanitaire au Burkina Faso : enjeu stratégique et défi opérationnel de sa déconcentration et sa décentralisation », in décentralisation et santé en Afrique : enjeux et stratégies des acteurs, *Douala, éditions Cheik Anta Diop*, pp 104-119 ; 2018.

**SIDIKI Tinta**, « Projets de santé et prévention en milieu dogon du Mali », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 1999.

## 5- Dictionnaires

Le petit Larousse de la médecine, Edition originale, 2000.

**PICHERAL Henri**, *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*, GEOS, Atelier. Géographie de la santé, Montpellier: Université Montpellier 3 - Paul Valery, 2001.



## 6- Rapports

**Association Tchadienne Pour la Réussite Environnementale (ATRENVIRO)**, Rapport de l'enquête sur les conditions d'eau, d'hygiène et d'assainissement en milieu scolaire à N'Djamena, Rapport, 2016.

**Associations locales de lutte contre la pauvreté et l'exclusion**, Partenariat: cause perdue? Rapport, 2012.

**Action for the Rights of Children (ARC)**, Mobilisation communautaire, Rapport, 2001.

**Banque Mondiale**, Tchad Note sur le secteur de l'eau et de l'assainissement, Rapport 2019.

**Centre de santé et des services sociaux Pierre-Boucher**, Cadre de référence en organisation communautaire, Rapport, 2010.

**Banque Mondiale**, Note sur le secteur de l'eau et de l'assainissement au Tchad, Rapport, 2019.

**BAR Marie, PENOT Eric & BENZ Hélène**, Indicateurs de vulnérabilité, résilience durabilité et viabilité des systèmes d'activité au Lac Alaotra, Madagascar Définition des concepts, Rapport, 2011.

**Bureau d'Expertise d'Eau-d 'Assainissement de Développement et Ingénierie Sociale**, Analyse du paysage pour l'assainissement, l'eau et l'hygiène (Wash) et la planification des maladies tropicales négligées (MTN) programme ASCEND-Tchad, Rapport, 2020.

**BESSETTE Guy**, Participatory Communication for Natural resources Management'', rassemblé par, Earthscan, Londres, Rapport, 2006.

**Comité international de la Croix-Rouge**, Messages et informations clés sur les maladies émergentes et récurrentes et autres défis de santé publique ; XXXe Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Rapport, 2007.

**Centre de collaboration de l'OMS pour l'éradication de la dracunculose**, Résumé de la dracunculose, Rapport, 2019.

**FAO, OMS et OMSA**, Un guide tripartite pour la gestion des zoonoses à travers l'approche multisectorielle « Une seule santé », Rapport, 2019.

**Fonds africain de développement**, Programme national d'alimentation en eau potable et d'assainissement en milieu rural (PNEAR), Rapport d'évaluation, 2006.

**Groupe de protection Tchad**, Analyse de Protection Tchad, Rapport, 2019.

**GLOBE (Global Link for Online Biomédical Expertise)**, Manuel Contrôle des Maladies Transmissibles, Rapport, 2010.

**KABORE Simon**, Le Fonds mondial et la participation communautaire, Les révolutions engagées et les risques d'occasions manquées, Rapport, 2019. <https://aidspan.org/en/c/article/4982>, consulté le 15/11/2021 à 22h 10 mn.

**KILLIAN SCARTEZZINI**, La santé pour tous en zone rurale : développer et renforcer les centres de santé: guide pratique, Rapport, 2018.

**Ministère de la santé et de la lutte contre le sida**, Stratégie nationale de communication pour le changement des normes sociales et des comportements (CCNSC) pour la promotion de pratiques optimales de nutrition en Côte d'ivoire, Rapport, 2015.

**Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement**, Les voix des religions sur le développement durable, Rapport, 2018.

**Ministère sénégalais de la santé et de l'action sociale**, Politique nationale de santé communautaire, Rapport, 2004.

**Ministère Sénégalais de la Santé et de l'Action sociale**, plan stratégique national de santé communautaire 2014-2018, Rapport, 2014.

**Ministère Marocain de la Santé**, Guide sur la participation communautaire en santé, Rapport, 2013.

**Ministère de la santé publique**, Plan stratégique de santé communautaire, Rapport 2015.

**Ministère burkinabé de la santé**, Améliorer la sante de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent-jeune, de la nutrition et de l'état civil et statistiques vitales dossier d'investissement, Rapport, 2019.

**Ministère français de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche**, Prix « Non au harcèlement », Rapport, 2015.

**Ministère tchadien de la santé publique**, politique nationale de sante communautaire, Rapport, 2014.

**OGDEN Stephanie, GALLO KERRY, SUSAN DAVIS, COURTNEY McGuire, MEYER ERIKA, ADDISS David et DANNY HADDAD**, WASH et les Maladies tropicales négligées : un manuel à l'intention des responsables de la mise en œuvre du programme Wash, Rapport, 2013.

**Organisation mondiale de la Santé, Organisation de Coopération et de Développement Economiques et la Banque internationale pour la reconstruction et le développement, La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, Rapport, 2019.**

**OMS, Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile planification familiale ; Analyse sur la base d'études de cas, Rapport, 1990.**

**OMS, Impact de la Décennie Internationale de L'Eau Potable et de l'Assainissement (DIEPA) sur la dracunculose, Rapport, 1990.**

**OMS, Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance, Rapport, 2000.**

**OMS, dracunculose : préparation de l'éradication, Rapport, 2009.**

**OMS, Continuer à agir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées, Rapport, 2013.**

**OMS, Éradication de la dracunculose: bilan de la surveillance mondiale, relevé hebdomadaire, Rapport, 2014.**

**OMS, Progrès en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, Rapport 2017.**

**OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, Rapport, 2015.**

**OMS, Communication du risque pendant les urgences sanitaires, Rapport, 2018.**

**OMS, Eradication de la dracunculose, Rapport, 1994.**

**OMS, Nettoyage et réhabilitation des puits, Rapport, 2013.**

**OMS, Collaboration entre le secteur Wash et le secteur de la santé : guide pratique à l'intention des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées, Rapport 2019.**

**OMS, La communication pour agir sur les comportements et faire reculer le paludisme, guide de module, Rapport, 2002.**

**OMS, Madagascar et les maladies tropicales négligées, Rapport, 2016.**

**OMS, Intégrer les maladies tropicales négligées dans l'action pour la santé mondiale et le développement, Rapport, 2018.**

**OMS, Voyages internationaux et santé, Rapport, 2009.**

**OMS, Les maladies tropicales négligées, Rapport, 2006.**

**OMS**, Eradication de la dracunculose : bilan de la surveillance mondiale, Rapport, 2014.

**OMS**, Les maladies tropicales négligées: succès ignorés, nouvelles opportunités, Rapport, 2007.

**Organisation Internationale pour les Migrations**, Gestion de la santé, des frontières et de la mobilité (GSFM), Rapport, 2015.

**OMS**, Agir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : Premier rapport sur les maladies tropicales négligées, Rapport, 2010.

**OMS**, Septième conférence régionale africaine sur l'éradication de la dracunculose, Rapport préliminaire, 1998.

**OMS**, Critères de certification de l'éradication de la dracunculose, Rapport, 1996.

**OMS**, Revue des programmes d'éradication du ver de Guinée du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, du Mali, de la Mauritanie, du Niger, du Sénégal, du Tchad et du Togo, Rapport, 1997.

**Programme National d'Eradication du Ver de Guinée**, plan d'action, Rapport 2012.

**Programme National d'Eradication du Ver de Guinée au Tchad**, Revue annuelle, Rapport, 2018.

**Programme Solidarité Eau**, Concevoir et mettre en œuvre une stratégie de sensibilisation à l'hygiène et de promotion de l'assainissement, Rapport, 2013.

**Programme Solidarité Eau**, Accès à l'eau potable dans les pays en développement 18 questions pour des services durables, Rapport, 2012.

**République du Tchad**, Plan national de développement sanitaire (PNDS 2) 2013-2015, Rapport, 2013.

**RIFKIN Susan**, Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale: analyse sur la base d'études de cas, Rapport 1990.

**VALEA Dieudonné et SECK Awa**, Analyse de la santé communautaire au Burkina Faso, Ouagadougou, Rapport, 2011.

## 7- Thèses et mémoires

**ABOUBACAR Oumarou**, « Aspects épidémiologiques et préventifs de la dracunculose dans la région de Gao de 2003 à 2004 », thèse de doctorat, Université de Bamako faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie, 2004.

**BAHATI MACHUMU Denis**, « Accessibilité financière aux soins de santé: Cas spécifique de la population de la Zone de santé de Goma, du 1er janvier au 31 décembre 2009 », mémoire de Licence en santé publique, Institut supérieur des techniques médicales, 2010.

**BONNET Pascal**, « Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins Etude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé », dossier DEA GEOS Université Montpellier 3, 2002.

**CHEIKH OUMAR TALLA**, « Gestion de la maintenance des forages motorisés au Sénégal », projet de fin d'étude, en vue de l'obtention du diplôme d'ingénieur de conception ; école polytechnique de Thiès, 1990.

**COULIBALY Mahamadou**, « La dracunculose dans la région de Gao : historique, épidémiologie et stratégies d'éradication (1er Janvier 1995-31 Décembre 2010) », Université des sciences, des techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, thèse de doctorat, 2012.

**CALON Julien**, « Lutte contre les maladies tropicales négligées », thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie, Université de Picardie Jules Verne, 2016.

**GAMBONI Laura**, « Etudier des textes de chansons engagées au niveau postobligatoire », mémoire professionnel, HEP VAUD, Juin 2014.

**IBRAHIM BARREH ADAWEH**, « Organisation de l'offre de soins d'une région sanitaire. République de Djibouti », mémoire de Maitrise en administration sanitaire et santé publique, Institut national d'administration sanitaire, 2008.

**KOFFI, Kouakou Alain, TAGLIANTE-SARACINO, CHAPMAN Janine Adèle FELICIENNE Claire**, « Organisation et fonctionnement des comités de gestion (COGES) dans les antennes communales et hôpitaux généraux de la région sanitaire des lagunes », thèse en Sciences Médicales, Université Félix Houphouët-Boigny, 2003.

**KIBALONZA KABWENDE Blaise**, « Structure de l'offre et demande des soins de santé dans la zone de santé rurale de Minova/RDC », mémoire de licence, 2007.

**LOUCHEZ Aniss**, « L'observance thérapeutique - présentation du concept, moyens de promotions et évaluation d'inégalités d'accès à l'ETP », thèse de doctorat en pharmacie, Université de Lille 2017.

**MBAIHONDOUM Jacob**, « Mécanisation de la production agricole en milieu rural et sécurité alimentaire au Tchad : perceptions et usages des tracteurs par les paysans de la Tandjilé-Est », mémoire de master en sociologie, Université de Yaoundé I, 2016.

**MESSY David Armel Landry**, « Facteurs de risques associés à la survenue des maladies hydriques dans les marchés Mvog Mbi et Mvog Ada », mémoire de master en santé publique, option : épidémiologie, Ecole des sciences de santé de l'UCAC, 2019.

**NDIAYE Abdoul Aziz**, « Evaluation du programme national de lutte contre la dracunculose au Sénégal », thèse de doctorat, Université Cheikh Anta Diop de Dakar, 2002.

**NOUBARAMADJE Moise**, « Système de Santé au Tchad et l'appui du projet santé 8e FED: Bilans et perspectives », mémoire DESS, ENAM de N'Djamena /Tchad, 2006.

**NSANGOU MBOUEMBOUE Moustapha Mohammed Moncher**, « La demande de soins de santé chez les femmes infectées par le VIH. Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques des séropositives au Cameroun », thèse de doctorat en sociologie de développement, Université de Yaoundé I, 2014.

**SENOU MAHUGNON Barthélémy**, « Les déterminants de l'itinéraire thérapeutiques au sud du Bénin », mémoire de DEA, Université de Cocody Abidjan, 2002, mémoire en ligne disponible sur : <https://www.memoireonline.com/04/08/1008/determinants-itineraires-therapeutiques-sud-benin.html>, consulté le 18/03/2021 à 11h20.

**NYA Esther Laurentine**, « Accès à l'eau potable et à l'assainissement dans le département du Ndé (région de l'Ouest-Cameroun) », thèse de doctorat en Géographie (option : Dynamiques Urbaines et Rurales), Université de Yaoundé I, 2020.

**PLANTE Céline**, « Relation entre le modèle de croyances relatives à la santé. Le sentiment d'efficacité personnelle. L'attribution causale de la maladie et l'observance aux auto-soins diabétiques », mémoire en sciences infirmières, Université de Sherbrooke, 1998.

**RAOUIA Madi Bamdou**, « Potabilisation des eaux de consommation par photo Fenton », mémoire d'Ingénieur, Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement, 2010.

**WIKADI Jacob**, « Les facteurs associés à la réémergence et à la persistance de la dracunculose dans le district sanitaire de kyabé au Tchad », Mémoire de master en santé publique option: épidémiologie et biostatistiques, institut africain de santé publique du Burkina Fasso, 2017.

## **8- Journaux et autres documents**

**Fédération francophone et germanophone des associations de coopération au développement**, Synergies et complémentarités, Essai de typologie, Décembre 2013.

**Fédération Québécoise des Centres Communautaires de loisir**, L'approche communautaire en centre communautaire de loisir, collection dossiers FQCCL Novembre, 2004.

Le Pays, Journal d'informations et d'analyses, N'Djamena, Juillet 2017.

## **9- Webographie**

[https://www.memoireonline.com/04/12/5697/m\\_Organisation-de-loffre-de-soins-dune-region-sanitaire-Republique-de-Djibouti7.html](https://www.memoireonline.com/04/12/5697/m_Organisation-de-loffre-de-soins-dune-region-sanitaire-Republique-de-Djibouti7.html), consulté le 18/11/2021 à 22h43mn.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), *Quels sont les messages clés et comment seront-ils utilisés ?* Journée européenne d'information sur les antibiotiques, une initiative européenne en matière de santé.

<https://antibiotic.ecdc.europa.eu/fr/sinformer/messages-cles/messages-cles-lintention-des-professionnels-de-sante-dans-les-hopitaux-13>; consulté le 26/08/2020 à 00h 05 mn ;

[https://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/), consulté le 20/11/2020, à 14h 19 mn.

<http://www.who.int/wer>; consulté le 22/06/2020 à 23h 23mn.

<https://www.fao.org/3/y4335f/y4335f07.htm#fnB6>, consulté le 20/01/2022 à 21h 38mn.

<https://c4dev.org/definitions/>, consulté le 20/01/2022 à 16h 43mn.

<https://inveniov1.uvci.edu.ci/record/5429?ln=en>, consulté le 17/11/2021 à 03h45 mn.

<https://www.memoireonline.com/10/08/1610/systeme-de-sante-tchad-appui-projet-8e-FED-bilans-perspectives.html>, consulté le 10 /11/2021 à 04h22 mn.

<https://www.afro.who.int/fr/news/le-secteur-de-la-sante-doit-etre-proactif-pour-ameliorer-la-disponibilite-de-ressources>, consulté le 03/01/22 à 23h 12mn.

<https://www.fpfundingroadmap.org/fr/learning/health-financing-concepts/health-financing-basics>, consulté le 07/01/22 à 22h49 mn.

<https://www.globalfinancingfacility.org/fr/contribution-du-gff-%C3%A0-la-mobilisation-de-ressources-int%C3%A9rieures-pour-la-sant%C3%A9-et-la-nutrition>, consulté le 07/01/22 à 23h25 mn.

<https://ideas4development.org/renforcement-systemes-sante-harmoniser-concept/>, consulté le 11/01/22 à 04h 21 mn.

<https://www.capacityproject.org/framework/fr/other-health-system-components/>, consulté le 11/01/22 à 03h49mn.

[https://www.google.com/search?q=koumbem+m.%2c+sere+r&client=firefox-b-d&sxsrf=aoaemvlg7ib39e99zsguyqyvgyeewf10g%3a1637541177963&ei=oewayfkvovyoxc8puogq4ai&ved=0ahukewiylt6h3kr0ahv8r\\_edhbiwciwq4dudca0&uact=5&oq=koumbem+m.%2c+sere+r&gs\\_lcp=cgdnd3mtd2l6eankbahbgabqigjy8gtguhroahaaeacaacqiahdfpibbtitoc4ymaeaoabwaeb&scient=gws-wiz](https://www.google.com/search?q=koumbem+m.%2c+sere+r&client=firefox-b-d&sxsrf=aoaemvlg7ib39e99zsguyqyvgyeewf10g%3a1637541177963&ei=oewayfkvovyoxc8puogq4ai&ved=0ahukewiylt6h3kr0ahv8r_edhbiwciwq4dudca0&uact=5&oq=koumbem+m.%2c+sere+r&gs_lcp=cgdnd3mtd2l6eankbahbgabqigjy8gtguhroahaaeacaacqiahdfpibbtitoc4ymaeaoabwaeb&scient=gws-wiz); consulté le 22/11/2021 à 01h44mn.

[https://www.who.int/fr/health-topics/health-workforce#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/health-workforce#tab=tab_1), consulté le 20/12/2021 à 07h 11mn.

doi:<https://doi.org/10.3406/sosan.1995.1326>,[https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_1995\\_num\\_13\\_2\\_1326](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_2_1326); consulté le 24 /03/2021 à 14h32mn.

Morrison SA. Introduction. In: Morrison Alan. Screening in chronic disease. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press, 1992;3-20.

<https://www.futura-sciences.com/planete/dossiers/developpement-durable-eau-elle-encore-bleue-618/page/7/>; consulté le 22 /02/2021 à 10h 47 mn.

<https://training.farmradio.fm/fr/guide-pratique-pour-les-radiodiffuseurs-comment-realiser-des-spots-radio/>, consulté le 16/08/2012 à 13h50mn.

La légitimité des comités de gestion des centres de santé (CoGes) comme obstacle à leur efficacité ; <https://www.wakatsera.com/la-legitimite-des-comites-de-gestion-des-centres-de-santecoges-comme-obstacle-a-leur-efficacite/>, consulté le 17/11/2021 à 04h 12 mn.

[http://www.afrique-gouvernance.net/bdf\\_experience-347\\_fr.html](http://www.afrique-gouvernance.net/bdf_experience-347_fr.html), consulté le 18/08/2021 à 21h53 mn.



<https://www.conceptiongraphique.fr/affiches-de-sensibilisation-supports-de-communication-imprimees/>, consulté le 24/08/2021 à 04h 00 mn.

<https://tchadinfos.com/politique/tchad-rappel-a-lordre-sur-la-gratuite-des-soins-durgence-dans-les-etablissements-sanitaires-publics/>, consulté le 09/10/2021 à 23h 29mn.

<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Estime-de-soi>, consulté le 10 /10/2021 à 9h00mn.

<https://enfantsneocanadiens.ca/culture/influence>, consulté le 10/10/2021 à 00h21 mn.

Organisation internationale du Travail, Première édition, (2019)

[https://www.ilo.org/global/topics/economic-and-social-development/rural-development/WCMS\\_436224/lang--fr/index.htm](https://www.ilo.org/global/topics/economic-and-social-development/rural-development/WCMS_436224/lang--fr/index.htm), consulté le 21/09/2021 à 00h38mn.

<https://www.futura-sciences.com/maison/definitions/maison-assainissement-10520/>, consulté le 28/09/2021 à 22h36mn.

<https://philpot.education/mod/page/view.php?id=710>, consulté le 20/10/2021 à 22h37mn.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>, consulté le 02/11/2021 à 00h 58 mn.

<https://www.health4africa.net/prestation-des-services-de-sante/lapproche-communautaire-en-sante-comment-en-faire-une-realite-au-niveau-du-district-sanitaire/>, consulté le 03/11/2021 à 23h48mn.

<https://www.cadredesante.com/spip/formation/cadre/article/la-fonction-contrrole-comme-levier-de-management> (20 Octobre 2018, 13h 45m).

<http://www.fsr.ac.ma/cours/doctorat/zammar/Les%20fondements%20du%20controle.pdf> (20 Octobre 2018 , 15h08 m).

[http://horizon.documentation.ird.fr/exldoc/pleins\\_textes/pleins\\_textes\\_6/colloques1/35945.pdf](http://horizon.documentation.ird.fr/exldoc/pleins_textes/pleins_textes_6/colloques1/35945.pdf), 20 Octobre 2018, 17h 22 m.

<http://www.cosmovisions.com/logique.htm>, consulté le 24 Octobre 2018, 13h57.

[http://www.who.int/neglected\\_diseases/diseases/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/) (liste des maladies tropicales négligées selon l'OMS), consulté le 06 Avril 2019 à 03h 44m.

URL : [http:// journals.openedition.org/apad/480](http://journals.openedition.org/apad/480)- Sidiki Tinta : *Projets de santé et prévention en milieu dogon du Mali*, Bulletin de l'APAD [En ligne], 1999, mis en ligne le 04 octobre 2006, consulté le 08 Mai 2019 à 12h 20 mn.

[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease)), consulté le 29 Mai 2019 à 14h46mn.

[http p://www.universalis-edu.com/imprim\\_CL.php?nref=C070075](http://www.universalis-edu.com/imprim_CL.php?nref=C070075), consulté le 31 Mai 2019 à 21h 58mn.

HAL Id: hal-01502263 <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01502263>, consulté le 28 Mai 2019 à 14h 43mn .

[https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&ei=XJH1XMyYEIGNlwTlxZwg&q=Isabelle+INGRAND+Le+03+d%C3%A9cembre+2008&oq=Isabelle+INGRAND+Le+03+d%C3%A9cembre+2008&gs\\_l=psy-ab.3...845493.845493..846649...0.0..0.658.658.5-1.....0....2j1..gws-wiz.YVATD5aD-CQ](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&ei=XJH1XMyYEIGNlwTlxZwg&q=Isabelle+INGRAND+Le+03+d%C3%A9cembre+2008&oq=Isabelle+INGRAND+Le+03+d%C3%A9cembre+2008&gs_l=psy-ab.3...845493.845493..846649...0.0..0.658.658.5-1.....0....2j1..gws-wiz.YVATD5aD-CQ), consulté le 28 Mai 2019 à 15h 07 mn .

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>, consulté le 28 Mai 2019 à 15h 09mn .

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Les+intelligences+%C3%A9motionnelle+et+sociale+des+outils+pour+la+relationMargot+Phaneuf%2C+inf.+PhD.+Janvier+2010%2C+r%C3%A9vision+f%C3%A9vrier+2013>, consulté le 04 Juin 2019 à 11h 57mn .

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Michel-Louis+ROUQUETTE+et+Patrick+RATEAU%2C+Introduction+%C3%A0+l%27%C3%A9tude+des+repr%C3%A9sentations+sociales%2C+Presses+Universitaires+de+Grenoble%2C+1998>. Consulté le 04 Juin 2019 à 13h14mn.

<https://kamerlyrics.net/lyric-2668-indira-stop-covid>, consulté le 11/09/2021 à 12h30mn.

<https://www.aquaportail.com/definition-3831-etologie.html>, consulté le 04 Juin.

<https://www.cadredesante.com/spip/formation/cadre/article/la-fonction-controle-comme-levier-de-management>, consulté le 06 Juin 2019 à 15h52mn.

Eradication du Ver de Guinée en Côte d'Ivoire: Le Président Alassane Ouattara reçoit le représentant de l'OMS en Côte d'Ivoire ; <https://www.afro.who.int/fr/news/eradication-du-ver-de-guinee-en-cote-divoire-le-president-alassane-ouattara-recoit-le>; consulté le 30/06/2020 à 00h15mn.

Week-end Santé : Eradication de la maladie du Ver de guinée ; publié le samedi 20 juillet 2013 | Le Mandat ; <https://news.abidjan.net/h/465803.html>; consulté le 30/06/2020 à 00h22mn.

<https://www.burkina24.com/2015/02/14/le-ver-de-guinee-est-eradique-au-burkina-faso/>consulté le 28/06/2020 à 11h13mn.

<https://www.manationtogo.com/lutte-contre-la-dracunculose-renforcer-la-surveillance-apres-leradication/>; consulté le 28/06/2020 à 22h07mn.

<http://www.santetropicale.com/actus.asp?id=16386&action=lire> ; consulté le 28/06/2020 à 11h23mn.

<https://nigerdiaspora.net/index.php/societe-archives/item/66440-remise-officielle-de-la-lettre-de-certification-de-l-eradication-du-ver-de-guinee-au-niger-notre-pays-declare-exempt-du-ver-de-guinee-ou-la-dracunculose>; consulté le 26 / 06/ 2020 à 00h06mn.

<https://www.jeuneafrique.com/165420/societe/le-ver-de-guin-e-d-finitivement-radiqu-au-niger/>, consulté le 26 / 06/ 2020 à 00h10mn.

<https://www.afro.who.int/fr/news/eradication-du-ver-de-guinee>; consulté le 26 / 06/ 2020 à 00h16mn.

Barlatier Pierre-Jean ., les méthodes de recherche du DBA (2018): <https://www.cairn.info/les-methodes-de-recherche-du-dba--9782376871798-page-126.htm?contenu=plan>; Mis en ligne sur Cairn.info le 16/05/2019 ; consulté le 23/ 04/ 2020 à 17h00 mn.

<https://www.unicef.org/french/pon97/pon012b.htm>; consulté le 21/06/2020 à 22h27mn.

[https://www.lemonde.fr/archives/article/1991/08/21/eradiquer-la-dracunculose\\_4002007\\_1819218.html](https://www.lemonde.fr/archives/article/1991/08/21/eradiquer-la-dracunculose_4002007_1819218.html); consulté le 21/06/2020 à 22H48mn.

<https://www.afro.who.int/fr/news/le-ver-de-guinee-eradique-au-togo> ; consulté le 28/06/2020 à 21h37mn.

<https://www.manationtogo.com/lutte-contre-la-dracunculose-renforcer-la-surveillance-apres-leradication/> 28/06/2020 à 22h.

Copyright ID4D, <https://ideas4development.org/maitriser-les-maladies-liees-leau-cest-loin-detre-gagne/> ; consulté le 20/07/2020 à 12h 46 mn.

[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\);](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease);) consulté le 02/ 08/2020.

<https://www.who.int/csr/don/25-may-2020-dracunculiasis-ethiopia/fr/>; consulté le 04/08/2020 à 14h14mn.

<https://www.who.int/fr/activities/eradicating-dracunculiasis>, consulté le 04/08/2020 à 15h14mn.

<https://www.oecd.org/fr/sante/personnels-de-sante.htm>, consulté le 19/08/2020 à 12h 12 mn.

[https://www.who.int/topics/health\\_workforce/fr/](https://www.who.int/topics/health_workforce/fr/); consulté le 19/08/2020 à 12h 18 mn.

<http://www.santetropicale.com/actus.asp?id=2654&action=lire>; consulté le 28/06/2020 à 22h54mn.

Facteurs de risque ; <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/vie-facteur-risque-2691/>; consulté le 08/07/2020 à 13h 26mn

[http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio\\_2/site/html/1.html](http://campus.cerimes.fr/cardiologie-et-maladies-vasculaires/enseignement/cardio_2/site/html/1.html); consulté le 08/07/2020 à 13h 39mn.

[https://www.google.com/search?q=cop%C3%A9pode&tbm=isch&chips=q:cop%C3%A9pode,online\\_chips:wikipedia:qRDFJpMM610%3D&client=firefox-b-d&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwjyrvL5htDzAhUI\\_RQKHVgBDuoQ4IYoBHoECAEQGQ&biw=1349&bih=643](https://www.google.com/search?q=cop%C3%A9pode&tbm=isch&chips=q:cop%C3%A9pode,online_chips:wikipedia:qRDFJpMM610%3D&client=firefox-b-d&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwjyrvL5htDzAhUI_RQKHVgBDuoQ4IYoBHoECAEQGQ&biw=1349&bih=643); consulté le 17/10/2021 à 00h24mn.

[https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease\\_Search.php?lng=FR&data\\_id=5518&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseType=ORPHA&Disease\\_Disease\\_Search\\_diseaseGroup=231&Maladie\(s\)/groupes%20de%20maladies=Maladie-du-ver-de-Guinee&title=Maladie-du-ver-de-Guinee&search=Disease\\_Search\\_Simple](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=5518&Disease_Disease_Search_diseaseType=ORPHA&Disease_Disease_Search_diseaseGroup=231&Maladie(s)/groupes%20de%20maladies=Maladie-du-ver-de-Guinee&title=Maladie-du-ver-de-Guinee&search=Disease_Search_Simple), consulté le 17/10/2021 à 22h 14mn.

[https://www.google.com/search?q=ver+de+Guin%C3%A9e&client=firefox-b-d&sxsrf=AOaemvIyTdxOSiOadpiSkAdceEo\\_HQwew:1634426300632&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwj05b24iNDzAhUYAWMBHXhSAWQQ\\_AUoAXoECAEQAw](https://www.google.com/search?q=ver+de+Guin%C3%A9e&client=firefox-b-d&sxsrf=AOaemvIyTdxOSiOadpiSkAdceEo_HQwew:1634426300632&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwj05b24iNDzAhUYAWMBHXhSAWQQ_AUoAXoECAEQAw)

&biw=1366&bih=643&dpr=1#imgrc=Nhgco0cUWtg2dM, consulté le 17/10/2021 à 00h 25 mn.

[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease)), consulté le 17/10/2021 à 23 h22mn.

<https://le-semea.fr/betes-de-leau/les-cyclops/>, consulté le 18/10/2021 à 21h 56 mn.

*<https://ideas4development.org/maitriser-les-maladies-liees-leau-cest-loin-detre-gagne/>  
Maîtriser les maladies liées à l'eau, c'est loin d'être gagné ! 03 mars 2015, avec Renaud Piarroux ; (consulté le 12 / 04/2020).*

Dracunculose (maladie du ver de Guinée) – Ethiopie ; <https://www.who.int/csr/don/25-may-2020-dracunculiasis-ethiopia/fr/>; consulté le 23/ 06/2020 à 23h54mn.

Eradication de la dracunculose: l'Ethiopie enquête sur six cas suspects de dracunculose humaine dans la région de Gambella ; <https://www.who.int/fr/news-room/detail/17-04-2020-eradicating-dracunculiasis-ethiopia-investigates-six-suspected-human-cases-in-gambella-region>; consulté le 23/06/2020 à 22h58mn.

Le Soudan du Sud en passe d'éradiquer la maladie du ver de Guinée ; <https://www.ami-oimc.org/news/le-soudan-du-sud-en-passe-deradiquer-la-maladie-du-ver-de-guinee/>; consulté le 24/06/2020 à 10h33mn.

*Centre de collaboration de l'OMS pour la recherche, la formation et l'éradication de la dracunculose (<http://www.cdc.gov/parasites/guineaworm/publications.html#gwwp>) ; (consulté le 29/04/2020).*

Lutte contre le ver de guinée au Bénin : l'éradication totale ; <http://www.santetropicale.com/actus.asp?id=5682&action>; consulté le 24/06/2020 à 23h19mn.

OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, 17 Mai 2019.

<https://www.google.com/search?client=firefoxbd&q=certification+du+B%C3%A9nin+de+la+dracunculose>; consulté le 24/06/2020 à 22h 54 mn.

[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease)), consulté le 24/06/2020 à 13h.

Mark L. Eberhard, Michael J. Yabsley, Hubert Zirimwabagabo, Henry Bishop, Christopher A. Cleveland, John C. Maerz, Robert Bringolf, and Ernesto Ruiz-Tiben

*Possible Role of Fish and Frogs as Paratenic Hosts of Dracunculus medinensis, Chad*, (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982183/>) 2017.

ROBBIE Mcdonald., *Etude de l'écologie du ver de guinée chez les chiens au Tchad*, *article, 2018*. <https://fr.unesco.org/news/cameroun-lefficacite-radios-communautaires-riposte-anti-covid-19>, consulté le 27/04/2022 à 12h22 mn.

#### 10- Sources orales

No	Noms et prénoms	Catégorie professionnelle	Sexe	Âge	Lieu
1.	<b>Atangar Valentin</b>	RCS	M	49	Sarh
2.	<b>Abdraman Issa</b>	Agriculteur / Ancien malade	M	18	Bogam/ Aboudéïa
3.	<b>Ahmat Siama</b>	Maire de la ville	M	35	Guelendeng
4.	<b>Abdeljelil Attahir</b>	Sans activité / Ancien malade	M	08	Bogam/ Aboudéïa
5.	<b>Azouténé Vounki</b>	Délégué sanitaire	M	46	Bongor
6.	<b>Assoumta Sadjinaty Cathy</b>	Agent renfort / Centre Carter	F	29	Sarh
7.	<b>Asrongar Bakari</b>	RCS / ACT	M	45	Guelendeng
8.	<b>Abdoulaye Cheibo</b>	Agent renfort / Centre Carter			Bogam/ Aboudéïa
9.	<b>Bassou Rachel Tallo</b>	RCS	F	57	Kyabé

<b>10.</b>	<b>Bakari Djimet</b>	Eleveur	M	56	Ndjoballa 4 / Bouso
------------	----------------------	---------	---	----	------------------------

<b>No</b>	<b>Noms et prénoms</b>	<b>Catégorie professionnelle</b>	<b>Sexe</b>	<b>Âge</b>	<b>Lieu</b>
<b>11.</b>	<b>Atangar Valentin</b>	RCS	M	49	Sarh
<b>12.</b>	<b>Abdraman Issa</b>	Agriculteur / Ancien malade	M	18	Bogam/ Aboudéïa
<b>13.</b>	<b>Ahmat Siama</b>	Maire de la ville	M	35	Guelendeng
<b>14.</b>	<b>Abdeljelil Attahir</b>	Sans activité / Ancien malade	M	08	Bogam/ Aboudéïa
<b>15.</b>	<b>Azouténé Vounki</b>	Délégué sanitaire	M	46	Bongor
<b>16.</b>	<b>Assoumta Sadjinyaty Cathy</b>	Agent renfort / Centre Carter	F	29	Sarh
<b>17.</b>	<b>Asrongar Bakari</b>	RCS / ACT	M	45	Guelendeng
<b>18.</b>	<b>Abdoulaye Cheibo</b>	Agent renfort / Centre Carter			Bogam/ Aboudéïa
<b>19.</b>	<b>Bassou Rachel Tallo</b>	RCS	F	57	Kyabé
<b>20.</b>	<b>Bakari Djimet</b>	Eleveur	M	56	Ndjoballa 4 / Bouso

<b>21.</b>	<b>Banata Hamadaine</b>	Sans activité / Ancien malade	F	11	Bogam/ Aboudéïa
<b>22.</b>	<b>Dainodji Doudji</b>	Surveillant de	M	50	Bouso

	<b>Yves</b>	l'hôpital de district de Bousso			
<b>23.</b>	<b>Doumdodjé Ngarmaky</b>	Point focal ver de Guinée	M	55	Kyabé
<b>24.</b>	<b>Domal Martine</b>	Ménagère / Ancienne malade	F	45	Bousso
<b>25.</b>	<b>Dibya Allio</b>	Animateur / Radio communautaire de Bousso	M	36	Bousso
<b>26.</b>	<b>Djibrine Abdoulaye</b>	Cotch équipe As ver de Guinée	M	29	Bousso
<b>27.</b>	<b>Djimaldongar Alain</b>	ASV	M	25	Bousso
<b>28.</b>	<b>Diontilo Djéria Elois</b>	MCD	M	36	Bâ-illi
<b>29.</b>	<b>Dodom Médard</b>	RCS	M	35	Guelendeng
<b>30.</b>	<b>Dollah Taissou</b>	ACT	M	38	Guelendeng
<b>31.</b>	<b>Djoguina Noé</b>	ACT	M	34	Bâ-illi
<b>32.</b>	<b>Delguede Limna Elie</b>	Point focal ver de Guinée	M	35	Bâ-illi
<b>33.</b>	<b>Djéro David</b>	Agent renfort au Centre Carter	30	M	Bousso
<b>34.</b>	<b>Dénénodji Adèle</b>	Ménagère	F	37	Sarh
<b>35.</b>	<b>Fatouma Adam</b>	Ménagère	F	40	Bogam
<b>36.</b>	<b>Fanné Haroun</b>	Ménagère	F	30	Bogam



37.	<b>Fadile Harir</b>	Chef canton	M	75	Aboudéïa
38.	<b>Guindja Taguimba</b>	Agent renfort / Centre Carter	M	39	Sarh
39.	<b>Gormo Lotouin Edmond</b>	Point focal ver de Guinée	M	32	Aboudéïa
40.	<b>Hamid Idriss</b>	Cultivateur / Ancien malade	M	18	Bogam/ Aboudéïa
41.	<b>Houlbéré Joël</b>	MCD	M	52	Guelendeng
42.	<b>Hawari Mahamat</b>	Ménagère	F	17	Bogam/ Aboudéïa
43.	<b>Hawa Thérèse</b>	Menagère/ Ancienne malade	F	80	N'Djamena Bouso
44.	<b>Idriss Mahamat</b>	Cultivateur	M	52	Bogam/ Aboudéïa
45.	<b>Kadi Bogrossi</b>	Point focal ver de Guinée	M	66	Bouso
46.	<b>Kandoch Gabriel</b>	Pasteur / EET n° 3	M	62	Guelendeng
47.	<b>Kouara Kara</b>	Ménagère	F	32	Doguigui / Sarh
48.	<b>Koumandit née Koutou Suzanne</b>	RCS	F	54	Sarh
49.	<b>Koroudjibo Clément</b>	Agent renfort / Centre Carter	M	28	Kyabé
50.	<b>Kossadoumadji Innocent</b>	Agent renfort / Centre Carter	M	29	Guelendeng
51.	<b>Mbaiguedem Joel</b>	Chef sous secteur pêche	M	51	Bouso
52.	<b>Manga Patrick</b>	Technicien au Ministère de	M	-	N'Djamena

		pêche			
<b>53.</b>	<b>Mahamat Iseine</b>	Chef de quartier	M	-	Aboudéïa
<b>54.</b>	<b>Mahamat Mady Adda</b>	Agent renfort / Centre Carter	M	33	Midjoué / Guelendeng
<b>55.</b>	<b>Matibeye Samson</b>	SASV	M	37	Marabé / Kyabé
<b>56.</b>	<b>Madjitolem François</b>	Chargé de traitement à l'Abate	M		Maraboudoukouy a/ Kyabé
<b>57.</b>	<b>Madjiamngar Vincent</b>	Pêcheur	M	25	Bâ-illi
<b>58.</b>	<b>Memdingar Damengar</b>	Responsable adjoint / Radio communautaire de Bousso	M	44	Bousso
<b>59.</b>	<b>Moussa Doungouss</b>	Boucher	M	45	Marabé / Kyabé
<b>60.</b>	<b>Nadjyam Mathurin</b>	Agent renfort / Centre Carter	M	30	Sarh
<b>61.</b>	<b>Nassou Guemssou</b>	MCD	M	37	Kyabé
<b>62.</b>	<b>Ndoutabé Ruth</b>	Chef de sous secteur pêche	F	42	Bousso
<b>63.</b>	<b>Nguénamadji Alexis</b>	Agent renfort / Centre Carter	M	-	En ligne
<b>64.</b>	<b>Ngarbé Léonard</b>	Agriculteur	M	59	Ngargué / Bâ-illi
<b>65.</b>	<b>Neldé Mianbé Théodroe</b>	Agent renfort / Centre Carter	M	32	Bousso

66.	<b>Nanguiom Serge</b>	MCD	M	40	N'Djamena
67.	<b>Noudjiressengar Justin</b>	Pêcheur	M	41	Moursal / Bâ-illi
68.	<b>Noudjilar Lydie</b>	ASV	F	29	Guelendeng
69.	<b>Noudjimadji Elisabeth</b>	ASV	F	42	Bouso
70.	<b>Ngar Tchiroué Djimdégué</b>	SG du département	M	41	Aboudéia
71.	<b>Sankara Dieu donné</b>	OMS / Genève	M	-	N'Djamena
72.	<b>Sangar Samson</b>	Agent de la pêche	M	61	Bouso
73.	<b>Sangar Maurice</b>	Crieur public	M	27	Moursal/Bâ-illi
74.	<b>Samadngar Edouard</b>	Pêcheur	M	78	Ngara / Bâ-illi
75.	<b>Sangar Noudjitam</b>	Chasseur	M	52	Bâ-illi
76.	<b>Seida Hazarack</b>	Ménagère / Ancien malade	F	17	Bogam/ Aboudéia
77.	<b>Souleymane Abass</b>	Député	M	64	Aboudéia
78.	<b>Tamanda Danga</b>	Chef secteur de l'élevage	M	40	Aboudéia
79.	<b>Tombeye Micheline</b>	Ménagère	F	35	Ngargué / Bâ-illi
80.	<b>Tidjem Nadjeth</b>	Coordonnateur APR	M	69	Guelendeng

<b>81.</b>	<b>Tchindebet Ouakou</b>	Coordonnateur du PNEVG	M	-	N'Djamena
<b>82.</b>	<b>Youssef Abakar</b>	Cultivateur	M	30	Bogam/ Aboudéïa
<b>83.</b>	<b>Yossainlaou Daniel</b>	Cultivateur / Ancin malade	M	65	Bouso
<b>84.</b>	<b>Zara Idriss</b>	Ménagère / ancienne malade	F	20	Bogam/ Aboudéïa
<b>85.</b>	<b>Zara Dawandi</b>	Ménagère / Ancien malade	F	62	Bogam/ Aboudéïa

**ANNEXES**

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I  
 -----  
 CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION  
 DOCTORALE EN SCIENCES  
 HUMAINES, SOCIALES ET  
 EDUCATIVES  
 -----



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
 -----  
 POST GRADUATE SCHOOL FOR THE  
 SOCIAL AND EDUCATIONAL  
 SCIENCES  
 -----

Yaoundé, le 10 JUIL 2019

## ATTESTATION DE RECHERCHE

Je, soussigné, Professeur **Lucien AYISSI**, Coordonnateur du Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives (CRFD/SHSE) de l'Université de Yaoundé I, atteste que **M. MBAIHONDOUM Jacob**, matricule **14Y923**, est régulièrement inscrit au Doctorat/PhD au sein de l'UFRD Sciences Humaines et Sociales. L'intéressé effectue, sous la direction du Professeur **NZHIE ENGONO Jean** un travail de recherche doctorale en **Sociologie** intitulé : *Dépistage, contrôle et prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad : une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires.*

La présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.



Le Coordonnateur du CRFD/SHSE

**Prof. Lucien AYISSI**

REPUBLIQUE DU TCHAD  
\*\*\*\*\*  
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE  
\*\*\*\*\*  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE  
L'INNOVATION  
\*\*\*\*\*  
SECRETARAT GENERAL  
\*\*\*\*\*  
COMITE NATIONAL DE BIOETHIQUE DU  
TCHAD (CNBT)

UNITE - TRAVAIL – PROGRES  
\*\*\*\*\*  
وحدة – عمل – تقدم



جمهورية تشاد  
\*\*\*\*\*  
رئاسة الجمهورية  
\*\*\*\*\*  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والتقني  
\*\*\*\*\*  
الأمانة العامة  
\*\*\*\*\*  
اللجنة الوطنية التشادية لأخلاقيات البحث

N° 175 /PR/MESRI/SG/CNBT/2019

N'Djamena, le 10 SEPT 2019

### Clairance éthique

Monsieur **Jacob Mbaihondoum**  
Université de Yaoundé I, Cameroun

**Objet :** Notification d'avis éthique sur le projet intitulé « **Dépistage, contrôle et prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad : une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires** »

Monsieur,

Votre protocole de recherche, objet de cette correspondance, a été examiné par le Comité National de Bioéthique du Tchad (CNBT) durant sa session ordinaire tenue à son siège à N'Djaména le samedi 31 août 2019.

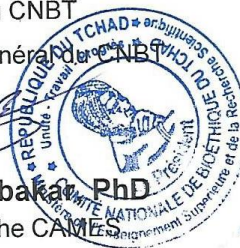
Nous vous informons que votre projet répond aux normes éthiques et scientifiques générales pour la recherche sur les humains et n'entraîne **aucun risque** pour la santé des participants. Cependant, le comité recommande ce qui suit:

- Joindre un budget pour la réalisation du projet ;
- Traduire la fiche **d'information et de consentement** en arabe.

Avec les meilleurs souhaits du comité pour le succès de votre projet

Le Président du CNBT  
P.O. Le Rapporteur Général du CNBT

**Mahamat Fayiz Abaka** PhD  
Chargé de recherche CAMES



REPUBLIQUE DU TCHAD  
 \*\*\*\*\*  
 PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE  
 \*\*\*\*\*  
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
 \*\*\*\*\*  
 DIRECTION GENERALE  
 \*\*\*\*\*  
 PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE  
 GUINEE  
 \*\*\*\*\*

Unité-Travail-  
 5 - عمل - تقدم  
 Progress  
 وحدة

جمهورية تشاد  
 \*\*\*\*\*  
 رئاسة الجمهورية  
 \*\*\*\*\*  
 وزارة الصحة العامة  
 \*\*\*\*\*  
 الإدارة العامة  
 \*\*\*\*\*  
 البرنامج الوطني لأزالة الدودة الغينية



N° 059/PR/MSP/DG/PNEVG2019

### NOTE CIRCULAIRE

A l'attention des Délégués Sanitaires du Char-Baguirmi et du Mayo-Kebbi-Est,  
 des Médecin-chefs des districts Sanitaires de Boussou, Bâ-illi et Guelendeng

**Objet** : collecte des données

Chers collaborateurs

Dans le cadre de la contribution à l'arrêt de la transmission du ver de Guinée au Tchad, l'Université de Yaoundé I/Cameroun a recommandé Monsieur MBAIHONDOUM Jacob, doctorant en sociologie, au Programme National d'éradication du ver de Guinée. A cet effet, la Coordination dudit programme porte à votre connaissance que cet étudiant se rendra dans les districts sanitaires de Boussou, Bâ-illi et Guelendeng pour collecter les données.

Il est important de rappeler que le thème de sa recherche porte sur « le Dépistage, contrôle et prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad : une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires ».

L'étudiant sera sur le terrain du 11 au 25 Novembre 2019

La coordination du PNEVG compte sur votre dynamisme pour lui permettre de réussir à sa mission

N'Djamena le 09 Novembre 2019

  
 Dr TCHINDEBET OUAKO



REPUBLIQUE DU TCHAD  
 \*\*\*\*\*  
 PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE  
 \*\*\*\*\*  
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
 \*\*\*\*\*  
 DIRECTION GENERALE  
 \*\*\*\*\*  
 PROGRAMME NATIONAL D'ERADICATION DU VER DE  
 GUINEE  
 \*\*\*\*\*

Unité-Travail-  
 ة - عمل - تقدم  
 Progress

وحد



جمهورية تشاد  
 \*\*\*\*\*  
 رئاسة الجمهورية  
 \*\*\*\*\*  
 وزارة الصحة العامة  
 \*\*\*\*\*  
 الإدارة العامة  
 \*\*\*\*\*  
 البرنامج الوطني لإزالة الودة الغينية

N°...056.../MSP/DG/PNEVG/2019

Note circulaire

A l'attention des Délégués du Mayo-Kebbi-Est et du Moyen-Chari

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigne, **Dr TCHINDEBET OUKOU**, Coordonnateur National du Programme d'Eradication du Ver de Guinée au Tchad, accepte de donner l'autorisation à Monsieur **MBAIHONDOUM Jacob**, doctorant en sociologie à l'Université de Yaoundé I de collecter les données dans les districts sanitaires de Guelendeng, Bongor, Sarh et Kyabé dont le thème porte sur le « Dépistage, contrôle et prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad : une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires ».

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

N'Djamena le 06 Décembre 2019

Dr TCHINDEBET OUKOU

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix –Travail –Patrie  
\*\*\*\*\*  
UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I  
\*\*\*\*\*  
FACULTÉ DES ARTS, LETTRES  
ET SCIENCES HUMAINES  
\*\*\*\*\*  
CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES  
HUMAINES, SOCIALES ET ÉDUCATIVES  
\*\*\*\*\*  
UNITÉ DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES  
HUMAINES ET SOCIALES  
\*\*\*\*\*  
DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE  
B.P : 755 Yaoundé



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland  
\*\*\*\*\*  
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
\*\*\*\*\*  
FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*  
POSTGRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL  
AND EDUCATIONAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*  
DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
SOCIAL SCIENCES  
\*\*\*\*\*  
DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

## ATTESTATION DE PARTICIPATION À L'AUDITION DOCTORALE (D1, PROMOTION 2018/2019)

Je soussigné, Professeur **Jean NZHIE ENGONO**, Chef du Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé 1, atteste que le 08 juillet 2019, monsieur **Jacob MBAIHONDOUM**, matricule **14Y923**, né le **20 septembre 1987** à **Bao**, a soutenu son projet de recherche en vue de la préparation de sa thèse de Doctorat/Ph.D. en Sociologie, Spécialité Urbanité et Ruralité, jury d'audition doctorale présidé par le Professeur ZAMBO BELINGA Joseph-Marie.

Ledit projet a pour titre *Dépistage, contrôle et prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad : une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires*. Il en est sorti avec la **mention Bien (70/100)**, moyennant les **observations du jury** suivantes : « Sujet de recherche intéressant et à approfondir. Problème de recherche clairement identifié. Des efforts souhaités pour une meilleure revue de littérature. Des approches théoriques pertinentes ».

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.



Fait à Yaoundé, le 26 JUIL 2019

Le Chef de Département

*Jean Nzhie Engono*

**Université de Yaoundé I**  
 -----  
**Centre de Recherche et Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines,  
 Sociales Et Educatives (CRFD/SHSE)**  
 -----  
**Unité de Recherche et de Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines et  
 Sociales**  
 -----  
**Département de Sociologie**



**University of Yaoundé I**  
 -----  
**Postgraduate School for Social and  
 Educational Sciences**  
 -----  
**Doctoral Research Unit for Social  
 Sciences**  
 -----  
**Department of sociology**

## QUESTIONNAIRE POUR LES MALADES DE DRACUNCULOSE

### Note de consentement

Bonjour / Bonsoir, je m'appelle **MBAIHONDOUM Jacob**, Doctorant en sociologie à l'Université de Yaoundé I au Cameroun. Dans le cadre de ma thèse, je mène une étude sur la thématique « *dépistage, contrôle et prise en charge de la dracunculose en milieu rural au Tchad : une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires* ». L'objectif général de la présente recherche est de faire une analyse approfondie et croisée des dynamiques institutionnelles et des logiques communautaires face à la lutte contre dracunculose (maladie du ver de Guinée) en milieu rural au Tchad afin d'identifier les leçons socio-anthropologiques pouvant contribuer à l'élimination de ce fléau. Il s'agit plus clairement d'analyser les stratégies mobilisées par les acteurs institutionnels face à la lutte contre la dracunculose au Tchad ; d'identifier les déterminants qui retardent l'éradication de la dracunculose au Tchad en dépit des mobilisations institutionnelles ; de cerner les connaissances, attitudes et pratiques des populations rurales autour de la dracunculose ; de comprendre les interactions entre les acteurs institutionnels et sanitaires mais aussi entre les communautés rurales face à l'éradication de la dracunculose.

Votre participation à cette étude est vivement souhaitée. Les informations qui en résulteront seront très utiles pour entreprendre des actions d'amélioration de la lutte contre le ver de guinée au Tchad.

Les informations que vous voudrez bien nous fournir seront strictement confidentielles et ne seront utilisées que pour des besoins de l'étude. Ainsi, personne ne saura comment vous avez répondu aux questions. Votre nom n'apparaîtra pas dans le rapport d'étude et il ne sera jamais associé aux informations que vous nous aurez confiées. Nous ne sommes pas ici pour porter un jugement sur vous ou sur votre comportement. Si vous ne désirez pas répondre à une question, faites-le nous savoir et nous passerons à la suivante. Aussi, vous pouvez terminer cette entrevue à tout instant si vous le souhaitez. Toutefois, nous vous serions très reconnaissants de nous aider en acceptant cet entretien.

Souhaitez-vous participer à cette enquête? OUI...|\_|.....NON...|\_|... (Si non, fin et pas d'administration du questionnaire).

Date et signature .....

SECTION 0: Identification		
S0Q00	Code du questionnaire : _____	_ _ _ _
S0Q01	Région : 1 = Moyen chari 2 = Salamat 3 = Chari Baguirmi 4 = Mayo kebbi Est 5= Mayo Kebbi Ouest 6= Mandoul 7=Tandjilé 8= N'Djamena	_
S0Q02	Département : 1= Lac Iro 2= Haraze 3 = Bâ-illi 4 = Mayo Lémié 5 = Mayo Dalla 6= Moissala 7=Tandjilé centre 8= N'Djamena-sud	_
S0Q03	District de santé : 1= Kyabé 2= Haraze 3= Bâ-illi 4 = Guelendeng 5 = Moissala 6 = Baibokoum 7 = Béré 8 = Toukra .	_
S0Q04	Centre de santé .....	
S0Q05	Milieu de résidence 1=Urbain 2=Rural	_
S0Q07	Date de l'interview : _____	_ _ _ _ _
S0Q08	S0Q02a : Heure de début :  _ _ h  _ _  min S0Q02b : Heure de fin :  _ _ h  _ _  min	

S0Q09	Nom de l'enquêteur : _____	___
S0Q10	Nom du superviseur : _____	___

### SECTION 1 : Profil sociodémographique

*(Permettez-moi de commencer par prendre quelques informations sur vous)*

S1Q101	Quel âge avez-vous? ( <i>convertir s'il/elle vous donne l'année</i> )	_____ (ans)	___
S1Q102	D : Combien de personnes vivent dans ce ménage, y compris vous-même ?	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 ...	___
S1Q103	Dans quel quartier habitez-vous ?	_____	___
S1Q104	Quelle est votre situation matrimoniale ? ( <b>LISTEZ</b> )	1 = Marié monogame 2 = Marié polygame 3 = Veuf (ve) 4 = Divorcé (e) 5 = Séparé(e)/Divorcée 6 = Célibataire 7 = En concubinage	___
S1Q105	Quel est votre niveau d'instruction le plus élevé ? ( <i>proposez</i> )	1 = Aucun 2 = Alphabétisé 3 = Coranique 4 = Primaire 5 = Secondaire 6 = Supérieur	___
S1Q106	Que faites-vous principalement dans la vie ? ( <b>SI SANS ACTIVITES, ALLEZ A Q107</b> )	0 = Sans activité 1 = Salarié 2 = Agriculteur 3 = Eleveur 4 = Ouvrier journalier 5 = Petit commerce 6 = Domestique/Ménagère 7 = Orpailleur 8 = Petit métier/Artisanat 9 = Chasse/Pêche 10 = Récolte bois/paille 11 = Autre (à préciser)	___
S1Q107	Quelle est votre activité secondaire ?	0 = Sans activité secondaire 1 = Salarié 2 = Agriculteur 3 = Eleveur 4 = Ouvrier journalier 5 = Petit commerce 6 = Domestique/Ménagère 7 = Orpailleur 8 = Petit métier/Artisanat 9 = Chasse/Pêche 10 = Récolte bois/paille 11 = Autre (s) (à préciser)	___
S1Q108	Quelle est votre obédience religieuse ? ( <b>PROPOSEZ</b> )	1 = Catholique 2 = Protestant 3 = Musulman(e) 4 = Autre chrétien/autre religion 5 = Animiste/pas de religion 6 = Ne sais pas	___
S1Q109	Qui est le principal soutien de famille dans ce ménage? Par soutien de famille principal, j'entends la personne qui contribue le plus au revenu familial.	1 = Mon mari 2 = Moi, 3 = L'une de mes filles 4 = L'un de mes fils 5 = Parents 6 = Autre (s) (à préciser).....	___
S1Q110	Quel est la langue officielle que vous maîtrisez ?	1- Français 2- Arabe 3- Autre	___

### SECTION 2 : Connaissances et croyances locales sur le ver de Guinée, ses causes, sa transmission et ses manifestations

S2Q201	Avez-vous déjà entendu parler du Ver de Guinée ?	1= Oui 2= Non 3=Ne sait pas	___
S2Q202	Comment avez-vous été informé de l'existence du ver de Guinée ?	1= Agent du PNEVG 2= Radio 3=Affiche 4= Personnel de santé 5= ASV 6= Autres ( préciser).....	___
S2Q203	Comment avez-vous été informé de l'existence de la maladie du ver de Guinée ?	1= PNEVG 2= Radio 3= Affiche 4= Personnel de santé	___

5= ASV

6= Autres

<b>S2Q204</b>	Quels sont les principaux messages que vous avez reçus sur cette maladie? (Identifier les messages clés connus ou maîtrisés par la communauté)	1=Causes du ver de Guinée	__
		2= Signes et symptômes du ver de Guinée	
		3= Transmission du ver de Guinée	
		4= Conséquences du ver de Guinée	
		5= Système de récompense	
		6= Ne sait pas	
<b>S2Q205</b>	Pouvez-vous nous parler des membres de la communauté atteints par le ver de Guinée ?	1= Oui	__
		2= Non	
<b>S2Q206</b>	Comment qualifie-t-on cette maladie dans votre communauté?	1= Maladie mystique	__
		2= Maladie incurable	
		3= Maladie banale	
		4= Maladie divine	
		4= Ne sait pas	
<b>S2Q207</b>	Quelles ont les principales causes du ver de Guinée ?	1= Consommation des rivières infestées	__
		2= Poisson mal préparé	
		3= Animaux aquatiques	
		4= Ne sait pas	
		5= Autres (préciser).....	
<b>S2Q208</b>	Quelles sont ses principales formes et manifestations du ver de Guinée ?	1= Démangeaison	__
		2= Brûlure	
		3= Gonflement	
		4 = Douleur	
		5 = Ampoule	
		6= Plaie	
		7= Autres (préciser).....	
<b>S2Q209</b>	Comment faites-vous pour soigner le ver de Guinée au sein de votre communauté ?	1= Centre de santé	__
		2= automédication	
		3= traitement traditionnel	
		4= Marabout	

5= Autres (préciser).....

<b>S2Q2010</b>	Quels sont les principaux risques de transmission du ver de Guinée dans votre communauté ?	1= Utilisation massive d'eau du fleuve	<input type="checkbox"/>
		2= Négligence des consignes donnés	
		3= Mauvaise cuisson des animaux aquatiques	
		3= Manque d'eau potable	
		4= Autres (préciser).....	

### SECTION 3 : connaissances locales des différentes actions de promotion de l'hygiène individuelle et environnementale pouvant éviter le ver de Guinée

#### 3.1. Fourniture et accès à l'eau dans les communautés

<b>S3Q301</b>	Quels sont les points d'eau régulièrement utilisés au quotidien dans votre communauté ?	1= Forage	<input type="checkbox"/>
		2= Puit	
		3= Fleuve	
<b>S3Q302</b>	Comment accédez-vous à l'eau potable ?	1= Achat	<input type="checkbox"/>
		2= Gratuit	
		3= Autres (préciser).....	
<b>S3Q303</b>	Où se situe (distance, temps de marche...) les points d'eau régulièrement utilisés au quotidien?	1= moins de 500 m	<input type="checkbox"/>
		2= 500 à 1km	
		3= plus d'un ( 1) km	
<b>S3Q304</b>	Y a-t-il des périodes de pénurie en eau ou d'accès difficile à l'eau? Si oui, parlez-nous des causes, des conséquences et des moyens de contournement.	1= Oui	<input type="checkbox"/>
		2= Non	
		3= Ne sait pas	
		4= Justifier.....	
<b>S3Q305</b>	Globalement, les ménages ont-ils accès à une eau	1= Oui	<input type="checkbox"/>
	Potable en quantité suffisante? Sinon, pourquoi?	2= Non	
	(Voir les obstacles empêchant ou limitant l'accès à l'eau)	3= Ne sait pas	
		4= Justifier.....	
<b>S3Q306</b>	Les ménages ont-ils déjà bénéficié de séances éducatives sur les bonnes pratiques du WASH ? Si oui, pouvez-vous nous en parler ?	1= oui	<input type="checkbox"/>
		2= non	
		3= ne sait pas	

4= préciser.....

<b>S3Q307</b>	<p>Quelles sont les actions menées par l'hôpital de la communauté ou le PNEVG et ses partenaires (UNICEF) pour permettre l'accès à l'eau ? Que pensez-vous de ces actions?</p> <p>(Observer et décrire l'état des lieux des points d'eau au sein des ménages ou communautés visités)</p>	<p>1= Construction d'un château <input type="checkbox"/></p> <p>2= Forage manuel</p> <p>3= Puit amélioré</p> <p>4= Rien</p> <p>5= Ne sait pas</p> <p>5= Justifier.....</p>
---------------	--	--

### 3.2. Fourniture et accès à l'hygiène

<b>S3Q308</b>	<p>Quelles sont les bonnes pratiques d'hygiène observées ou pratiquées par le ménage, l'école ou la communauté?</p>	<p>1= Traitement d'eau de consommation <input type="checkbox"/></p> <p>2= Non consommation des rivières</p> <p>3= Enfouissement des boyaux de poisson</p> <p>4= Ne sait pas</p>
<b>S3Q310</b>	<p>Y a-t-il la présence d'un dispositif de lavage des mains avec de l'eau disponible qui est utilisé? (Observer, filmer, décrire et le situer dans l'espace, environnement physique du domicile du ménage)</p>	<p>1= Oui <input type="checkbox"/></p> <p>2= Non</p> <p>3= Ne sait pas</p>
<b>S3Q311</b>	<p>Quel est le rôle joué par les femmes dans les interventions de promotion de l'hygiène ou de lutte contre le ver de Guinée ? (comment ce rôle se justifie-t-il?)</p>	<p>1= Le traitement de l'eau à domicile <input type="checkbox"/></p> <p>2= Lavage des mains au savon</p> <p>3= Conservation hygiénique de l'eau de boisson</p> <p>4= Ne sait pas</p> <p>5=Autre ( préciser).....</p>

### 3.3. Fourniture et accès à l'assainissement (voir la propreté de l'environnement communautaire).

<b>S3Q312</b>	<p>Comment les ménages et la communauté s'organisent-ils pour faire face aux questions d'assainissement ?</p>	<p>1= En collectif <input type="checkbox"/></p> <p>2= Salubrité dans les lieux publics</p> <p>3= Ne sait pas</p> <p>4= Autres (préciser) .....</p>
<b>S3Q313</b>	<p>Comment les déchets sont-ils éliminés?</p>	<p>1= Par brûlure <input type="checkbox"/></p> <p>2= Enfouissement</p> <p>3= Ne sait pas</p> <p>4= Autres (préciser).....</p>

<b>S3Q314</b>	Quelles sont les actions que le PNEVG a menées pour permettre l'assainissement communautaire?	1 = Sensibilisation de masse 2= Sensibilisation des ménages 2= Formation des femmes 3= Formation des relais communautaires 4= Ne sait pas 5= Autres ( préciser).....	__
<b>S3Q316</b>	Comment appréciez-vous les actions du PNEVG sur le nettoyage communautaire?	1= Bonnes 2= Mauvaises 3= Ne sait ne sait 4= Autre ( préciser).....	__
<b>S3Q317</b>	Y a-t-il des acteurs clés (comité, association, volontaires...) qui s'occupent de l'assainissement (propreté, élimination des déchets, lutte contre le ver de guinée...) au sein de la communauté?	1= Oui 2= Non 3= Ne sait pas	__
<b>S3Q318</b>	En quoi consistent réellement leurs actions d'assainissement (demander de les décrire et identifier toutes les actions ou interventions qui ont été essayées)?	1= Sensibiliser les ménages 2= Nettoyage des lieux publics 3= Ne sait pas 4= Autres (préciser).....	__
<b>S3Q319</b>	Quel est le rôle joué par les femmes dans les interventions d'assainissement? (Comment ce rôle se justifie-il ?) observer et décrire l'état des lieux des secteurs dits assainis (points d'eau, ...)	1= Usage et entretien des latrines 2= Rendre l'environnement propre 3= Enseigner la propreté aux enfants 4= Ne sait pas 5= Autres ( préciser).....	__
<b>S3Q320</b>	Comment appréciez-vous le niveau d'assainissement de votre communauté? (pertinence des interventions du PNEVG, satisfactions, obstacles, insatisfactions...)	1= Bon 2= Mauvais 3= Ne sait ne sait 4=Autres (préciser).....	__
<b>S3Q321</b>	En termes de recommandations ou de suggestions, que peut faire un programme pour promouvoir l'hygiène et améliorer les conditions environnementales afin d'éliminer ou de réduire la transmission du ver de Guinée dans votre communauté ?	1= Construire des forages 2= Impliquer la communauté dans la lutte 3= Ne sait ne sait	__

#### SECTION 4 : Malades de la dracunculose et trajectoires thérapeutiques



<b>S3Q322</b>	Quels sont les différents traitements suivis ou vécus avant de venir à l'hôpital (raisons de ce choix) ?	1= Automédication <input type="checkbox"/> 2= Traitement chez les vendeurs des comprimés 3= Traitement traditionnel
<b>S3Q323</b>	Quels sont les différents recours thérapeutiques ou traitements suivis en ce moment de l'enquête ?	1= Automédication <input type="checkbox"/> 2= Traditionnel 3= Ne sait pas
<b>S3Q324</b>	Avez-vous fait recours à la médecine traditionnelle ou à d'autres types de soins traditionnels ? Si oui, parlez-nous des raisons de ce choix	1= Oui <input type="checkbox"/> 2= Non 3= Ne sait pas 4= Autres ( préciser).....
<b>S3Q325</b>	Quelles sont les raisons de choix de ces traitements ?	1= Manque de moyen <input type="checkbox"/> 2= Conseils des parents 3= Distance à parcourir 4= Manque d'information 5= Ne sait pas
<b>S3Q326</b>	Quelle distance/temps (estimation) parcourez-vous entre votre domicile et la structure sanitaire ?	1= Moins de 500 m <input type="checkbox"/> 2= 500 à 1km 3= 1 à 5 km 4= 5 à 10 km 5= +10 km
<b>S3Q327</b>	Pensez-vous que cette distance ou ce temps est un obstacle à votre prise en charge ? (bien vouloir expliquer)	1= Oui <input type="checkbox"/> 2= Non 3= Ne sait pas Autres ( préciser).....
<b>S3Q328</b>	Quel moyen de déplacement utilisez-vous du domicile au centre de traitement ?	1= Motos <input type="checkbox"/> 2= vélos 3= pieds 4= Pirogues 5= Cheval 6= Charrette 7= Autres (préciser).....

**S3Q329** Parlez-nous des dépenses nécessaires pour arriver au centre de traitement (estimation du coût du déplacement)

1= 500 F à 1000 F

2= 1000F à 2000F

3= 2000 à 5000F

4= Plus de 5000F

5=Autres (préciser).....

#### 4.1. Malades du ver de guinée, prise en charge thérapeutique et vécu du traitement

**S3Q330** Qui a décidé où choisi le recours thérapeutique ?

1= Parents

2= amis (es)

3= Entourage

4= Moi-même

5= Autres (préciser) .....

**S3Q332** Comment appréciez-vous votre prise en charge ?

1= Mauvaise

2= Passable

3= Bonne

4= Très bonne

5= Autres (préciser).....

**S3Q333** Comment appréciez-vous vos relations avec le personnel soignant ?

Mauvaise

Passable

Bonne

Très bonne

Autres (préciser).....

**S3Q334** Parlez-nous de l'observance de vos médicaments ou de traitement (respect des heures indiquées, si non, pourquoi) ?

L'approvisionnement des médicaments (disponibilité des produits, ruptures des stocks...)

1= Non-respect de traitement

2= Respect de traitement

3= Manque de traitement

4= Ne sait pas

**S3Q335** Bénéficiez-vous d'une aide ou d'un soutien quelconque dans la prise en charge thérapeutique ? Si oui, la nature de l'aide, sa fréquence...

1= Oui

2= Non

3= Ne sait pas

4= Autres (préciser).....

- S3Q336** Quelles sont les conséquences que la dracunculose a eues sur vous-même (malade), sur votre famille ou communauté ?
- 1= Situation d'handicap
- 2= Mauvaise récolte
- 3= Famine
- 4= Arrêt des travaux
- 5= Ne sait pas
- S3Q337** Quelles sont les difficultés principales rencontrées dans le vécu du traitement ?
- 1= Rupture de médicaments
- 2= Inégalité dans la prise en charge
- 3= Ne sait pas
- 4= Autres.....
- S3Q338** Quelles sont vos craintes (projection sur les lendemains de la guérison) à propos de votre maladie ?
- 1= Je me confie à Dieu
- 2= Je suis déboussolé (e)
- 3= Pas de crainte
- 4= Autres ( préciser).....

**Merci infiniment de votre disponibilité.**

**Université de Yaoundé I**  
 -----  
**Centre de Recherche et Formation**  
**Doctorale en Sciences Humaines, Sociales**  
**Et Educatives (CRFD/SHSE)**  
 -----  
**Unité de Recherche et de Formation**  
**Doctorale en Sciences Humaines et Sociales**  
 -----  
**Département de Sociologie**



**University of Yaoundé I**  
 -----  
**Postgraduate School for Social and**  
**Educational Sciences**  
 -----  
**Doctoral Research Unit for Social Sciences**  
 -----  
**Department of sociology**

## **GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES RESPONSABLES DU PNEVG**

- 1- La situation épidémiologique de la dracunculose au Tchad
- 2- La création du PNEVG : Les raisons, les motivations et les enjeux
- 3- Le PNEVG : Organigramme –Objectifs – Orientations - Stratégies et possibilités d'action (moyens financiers, techniques, politiques et humains)
- 4- Les normes ou recommandations de l'OMS en matière de lutte contre le ver de guinée
- 5- Les activités menées dans la lutte contre la dracunculose
- 6- Les stratégies ou moyens de dépistage
- 7- Les stratégies ou moyens de contrôle
- 8- Les stratégies ou moyens de traitement
- 9- Les partenaires du PNEVG (nationaux et internationaux)
- 10- La nature des relations avec les partenaires (les principes et les contraintes de l'assistance)
- 11- Les stratégies et moyens de communication (sensibilisation des malades, des soignants, des communautés) sur les questions de la dracunculose
- 12- La collaboration entre les acteurs du PNEVG et les acteurs communautaires
- 13- Le bilan du PNEVG : perception de la lutte contre la dracunculose au Tchad
- 14- Le profil socioprofessionnel des responsables
- 15- Les difficultés et les obstacles du PNEVG au niveau national et communautaire
- 16- Les craintes et les souhaits des responsables du PNEVG
- 17- Perception de l'objectif de l'éradication de la dracunculose au Tchad

**Merci infiniment de votre disponibilité.**

Université de Yaoundé I

-----  
 Centre de Recherche et Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines,  
 Sociales Et Educatives (CRFD/SHSE)

-----  
 Unité de Recherche et de Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines et  
 Sociales

-----  
 Département de Sociologie



University of Yaoundé I

-----  
 Posgraduate School for Social and  
 Educational Sciences

-----  
 Doctoral Research Unit for Social  
 Sciences

-----  
 Department of sociology

## GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE PERSONNEL MEDICAL ET LES AGENTS DE SANTE COMMUNAUTAIRES

**Groupes cibles concernés :** Prestataires de soins au niveau communautaire ; Agents de santé communautaire ; Les points focaux WASH

- 1- Parlez-nous de la maladie ver de guinée dans votre district de santé/communauté (insister sur prévalence, causes, transmission, manifestations, stratégies de soins...)
- 2- Quelles sont les pratiques locales ou communautaires favorables au ver de guinée?
- 3- Quelle est la stratégie adoptée par le PNEVG au niveau de la communauté? Et quelles sont les stratégies déployées par les acteurs de mise en œuvre (prestataires, agents communautaires...) dans la localité ?
- 4- Quelles sont les différents services et interventions de lutte contre le ver de guinée dans le district de santé ? (Quel est le but poursuivi par les différentes interventions déployées ?)
- 5- Décrire (si possible) la cartographie des acteurs d'interventions de lutte au sein de la communauté (identifier chaque acteur, son intervention, le but et son impact sur la lutte contre la dracunculose)
- 6- Décrire (si possible) la cartographie des acteurs d'interventions dans le secteur de l'hygiène et assainissement au sein de la communauté (identifier chaque acteur, son intervention, le but et son impact sur les questions d'hygiène)
- 7- Qu'est-ce qui est fait pour garantir la durabilité des interventions?
- 8- Comment les acteurs du PNEVG organisent-ils les ménages et la communauté pour faire faire aux questions d'hygiène et assainissement?
- 9- Quels sont les résultats atteints à ce jour en matière de lutte contre la dracunculose dans le District de santé ? (voir les indicateurs de résultats directement observables)
- 10- Quelle appréciation faites-vous de l'observance thérapeutique des malades ?

**11-** Comment appréciez-vous les relations entre les Fosa et le PNEVG : collaborations, interactions, contraintes et difficultés ?

**12-** Parlez-nous de l'organisation et des activités de prise en charge thérapeutique des malades de la dracunculose

- Les stratégies ou moyens de dépistage
- Les stratégies ou moyens de contrôle
- Les stratégies ou moyens de traitement
- Le nombre de médecins qui travaille dans la communauté affectée
- Le nombre d'infirmiers qui travaille dans la communauté affectée
- Le nombre d'assistants sociaux qui travaille dans la communauté affectée
- Le nombre d'agents de relais communautaires qui travaille dans la communauté affectée
- Les tâches assignées à chaque catégorie d'acteurs dans la prise en charge des malades

**13-** Le parcours socioprofessionnel des acteurs de lutte contre la dracunculose (formation reçue, expérience médicale sur la dracunculose...)

**14-** En dépit des efforts consentis et des résultats atteints jusqu'à ce jour, quels sont les goulots/obstacles qui persistent pour l'atteinte de l'objectif de l'éradication de la dracunculose ?

**Voir :**

- Les obstacles liés aux prestataires de soins (soignants)
- Les obstacles liés aux malades ou à la communauté
- Les obstacles liés aux institutions (Fosa, PNEVG...)
- Les obstacles liés aux assistants sociaux/Agents de relais communautaires

**15-** Comment appréciez-vous globalement la pertinence des interventions de lutte contre la dracunculose, le niveau de satisfactions, obstacles, craintes ou contraintes, insatisfactions...?

**16-** Quelles sont les propositions/recommandations que vous formulez pour l'atteinte de l'objectif Éradiquer le Ver de Guinée?

**Merci infiniment de votre disponibilité.**

**Université de Yaoundé I**

-----  
**Centre de Recherche et Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines, Sociales  
 Et Educatives (CRFD/SHSE)**

-----  
**Unité de Recherche et de Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines et Sociales**

-----  
**Département de Sociologie**



**University of Yaoundé I**

-----  
**Postgraduate School for Social and  
 Educational Sciences**

-----  
**Doctoral Research Unit for Social Sciences**

-----  
**Department of sociology**

## **GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE PERSONNEL DE L'OMS**

- 1- Quelle analyse faites-vous de la lutte contre le ver de Guinée au Tchad ?
- 2- Quelles sont les normes ou recommandations de l'OMS en matière de lutte contre le ver de Guinée ?
- 3- Quelles sont les contributions (moyens financiers, techniques, politiques et humains) de l'OMS dans l'éradication du ver de Guinée au Tchad ?
- 4- En dépit des dynamiques institutionnelles mobilisées (OMS, Centre CARTER, UNICEF, PNEVG...), le ver de Guinée sévit dans plusieurs régions du Tchad, selon vous qu'est-ce qui explique cela ?
- 5- Quelle est votre perception de la collaboration entre les acteurs du PNEVG et votre institution ?
- 6- Selon vous, quelles sont les difficultés et obstacles de l'OMS dans la lutte contre le ver de Guinée au Tchad ?
- 7- Quelles sont selon vous les stratégies à mobiliser pour éradiquer le Ver de Guinée au Tchad ?
- 8- OMS : Organigramme –Objectifs – Orientations - Stratégies et possibilités d'action

**Merci infiniment de votre disponibilité.**

**Université de Yaoundé I**  
 -----  
**Centre de Recherche et Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines, Sociales  
 Et Educatives (CRFD/SHSE)**  
 -----  
**Unité de Recherche et de Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines et Sociales**  
 -----  
**Département de Sociologie**



**University of Yaoundé I**  
 -----  
**Postgraduate School for Social and  
 Educational Sciences**  
 -----  
**Doctoral Research Unit for Social Sciences**  
 -----  
**Department of sociology**

## GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE PERSONNEL DU CENTRE CARTER

- 1- Quelle analyse faites-vous de la lutte contre le ver de Guinée au Tchad ?
- 2- Quelles sont les normes ou recommandations du centre CARTER en matière de lutte contre le ver de Guinée ?
- 3- Quelles sont les contributions (moyens financiers, techniques, politiques et humains) du centre CARTER dans l'éradication du ver de Guinée au Tchad ?
- 4- En dépit des dynamiques institutionnelles mobilisées (OMS, Centre CARTER, UNICEF, PNEVG...), le ver de Guinée sévit dans plusieurs régions du Tchad, selon vous qu'est-ce qui explique cela ?
- 5- Quelle est votre perception de la collaboration entre les acteurs du PNEVG et votre institution ?
- 6- Pouvez-vous nous parler des stratégies et moyens de communication (sensibilisation des malades, des soignants, des communautés...) sur les questions du ver de Guinée au Tchad ?
- 7- Quelle analyse faites-vous de la collaboration entre les acteurs du Centre CARTER et les acteurs communautaires ?
- 8- Selon vous, quelles sont les difficultés et obstacles du centre CARTER au niveau national et communautaire ?
- 9- Quelles sont selon vous les stratégies à mobiliser pour éradiquer le Ver de Guinée au Tchad ?
- 10- Centre CARTER : Organigramme – Objectifs – Orientations - Stratégies et possibilités d'action



Université de Yaoundé I  
 -----  
 Centre de Recherche et Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines,  
 Sociales Et Educatives (CRFD/SHSE)  
 -----  
 Unité de Recherche et de Formation  
 Doctorale en Sciences Humaines et  
 Sociales  
 -----  
 Département de Sociologie



Merci infiniment de votre disponibilité.

University of Yaoundé I  
 -----  
 Postgraduate School for Social and  
 Educational Sciences  
 -----  
 Doctoral Research Unit for Social  
 Sciences  
 -----  
 Department of sociology

## GRILLE D'OBSERVATION DIRECTE

**Objectif :** observer attentivement les faits, signes et gestes susceptibles de produire toutes les informations adéquates en rapport directe avec la lutte contre le ver de Guinée afin de les mieux connaître et collecter des informations à leur propos.

### Identification du contexte

**Lieu et date**.....

Observer et décrire l'état des lieux des points d'eau au sein des ménages ou communautés visités.

Observer les canaux utilisés pour les messages de sensibilisation.

Observer et décrire les cérémonies de récompenses des victimes du ver de Guinée.

Observer et décrire les structures d'accueil des malades du ver de Guinée.

Observer le traitement des mares par l'ABATE.

Observer et décrire l'accessibilité des populations dans les structures sanitaires...

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I  
B.P 337 Tel/Fax : 22 22 13 20  
Email : uyi@uycdc.uninet.cm

DIRECTION DES AFFAIRES  
ACADÉMIQUES ET DE LA  
COOPÉRATION

Division de l'Enseignement et des Personnels  
Enseignants

Service des Programmes et des Diplômes



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

DEPARTMENT OF ACADEMIC AFFAIRS  
AND COOPERATION  
P.O. Box 337 Tel/Fax: 22 22 13 20  
Email: uyi@uycdc.uninet.cm

Sub-Department of Teaching and Teaching Staff

Programs and Certification Service

Décision N° 018-0752 /UYI/VREPDTIC/DAAC/DEPE/SPD/ du  
~~06 DEC 2018~~ Portant sélection des candidats au cycle de Doctorat dans le Centre de  
Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Éducatives de  
l'Université de Yaoundé I au titre de l'année académique 2018-2019.

Les étudiants dont les noms suivent sont autorisés à s'inscrire en Doctorat au titre de l'année  
académique 2018-2019.

**CENTRE DE RECHERCHE ET DE FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES  
HUMAINES SOCIALES ET EDUCATIVES (POST GRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL  
AND EDUCATIONAL SCIENCES)**

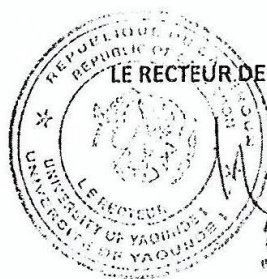
**UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES HUMAINES  
ET SOCIALES (DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR SOCIAL SCIENCES)**

#### I- SECTION SOCIOLOGIE

N°	Noms, prénoms	Matricule	Directeur(s)	Sujet de mémoire
1.	ABATE Gatien	10K026	LEKA ESSOMBA Armand, MC	La construction politique de la bureaucratie parallèle au Cameroun : les logiques "d'en bas", mécanismes et enjeux
2.	ADA Vanessa Ninelle	08F545	ZAMBO BELINGA Joseph-Marie, Pr	La problématique de la sous population gabonaise
3.	ANUYA Aurelie Vanessa	11J407	- NZHIE ENGONO Jean, Pr. - DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, CC	Vulnérabilité social, accompagnement et prise en charge des maladies de la lèpre, de l'ulcère de Buruli et de la filiarose lymphatique dans les zones d'accueil des réfugiés centrafricains à l'Est du Cameroun
4.	ATOK A ATOK Ghislain	08F044	NZHIE ENGONO Jean, Pr	Les processus décisionnels d'aménagement et de viabilisation des marécages dans le littoral camerounais : contribution à la sociologie du développement durable
5.	BIOLO MVOGO Germain	08J535	ELLA ELLA Samuel- Béni, MC	Paysan au cœur des interactions entre projets de développement et insécurité foncière au Cameroun : cas de l'arrondissement de LOBO
6.	ESSALA Badel	09I.117	- ZAMBO BELINGA Joseph-Marie, Pr - NNA NTIMBAN Albert, CC	Jeux d'argent et paupérisation de la jeunesse urbaine au Cameroun
7.	FOCHUE YEMZEU Jean- Claude	12F380	- NZHIE ENGONO Jean, Pr. - DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, CC	Logiques, stratégies et pratiques d'acteurs face aux enjeux de santé communautaire et d'accessibilité aux soins de santé maternelle et infantile en milieu rural au Cameroun : une approche socio-anthropologique
8.	FOSSO WAFO Francis	12D282	- NZHIE ENGONO Jean, PR - TEDONGMO TEKO Henri, CC	La RSE minières nationales et multinationale en contexte local en Afrique : une analyse comparative à partir de l'expérience camerounaise

9.	KAMSU YIEMO Huguette Laura		- ELLA ELLA Samuel-Béni, MC - ESSOMBA EBELA Solange, CC	Les paysans face au capitalisme agraire de l'Etat entier et de l'élite locale dans la région de l'Ouest du Cameroun
10.	KELLE KING Gabriel Walter	06K106	LEKA ESSOMBA Armand, MC	Université, gouvernance et professionnalisation au Cameroun : entre mutations sociales et changements organisationnels à partir de l'université de Yaoundé I
11.	LAM Victor Hervé	11K321	- NZHIE ENGONO Jean, Pr - MBA Robert, CC	Recours aux soins et lutte contre la mortalité maternelle et néonatale dans la zone du Nyong et Kelle au Cameroun. Dynamiques institutionnelles, contraintes et logiques des acteurs
12.	MBAIHONDOUM Jacob	14Y923	- NZHIE ENGONO Jean, PR - DJOUDA FEUDJIO Yves, CC	Politiques sanitaires et stratégies de dépistage, contrôle et prise en charge de la dralunculoze (maladie du ver de guinée) en milieu rural au Tchad; une analyse croisée entre les dynamiques institutionnelles et les logiques communautaires
13.	MBULLE Annmarie ESONG	/	- NODEM Jean Emet, MC - BIOS NELEM Christian, CC	School and political participation of youths in Cameroon in the university
14.	MOUNGO Jean Claude	09G618	ELLA ELLA Samuel-Béni, MC	Conservation de la réserve du Dja et respect des droits des peuples autochtones. Cas des pygmées Baka de la boucle nord du Dja à l'Est-Cameroun
15.	MVE Blaise-Arnold	081281	- MIMCHE Honoré, MC - MBA Robert, CC	Besoins non satisfaits de prise en charge des personnes atteintes de l'ulcère de burili et du pian au Cameroun
16.	NDJIBA Marie Emma	11G072	- NZHIE ENGONO Jean, Pr. - DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, CC	Croyances étiologiques, accessibilité au traitement et itinéraires thérapeutiques des malades de l'ulcère de Buruli, de la lèpre et de la filariose lymphatique (éléphantiasis) au Cameroun : réalités, contraintes et leçons socio-anthropologiques
17.	NEZOUNE DOUZOUNKA OBED	/	- NODEM Jean Emet, MC - TEDONGMO TEKO Henri, CC	Potentiel en ressources génétiques et développement des villages autour du Lac-Tchad
18.	NGO SENDE Sarah Sylvie	10F817	- NZHIE NGONO Jean, PR - DJOUDA FEUDJIO Yves, CC	Accessibilité du traitement de la tuberculose et problématique des malades perdus de vue et des échecs thérapeutiques au Cameroun : une approche socio-anthropologique des cas dans les régions du Centre, Est et Extrême-nord
19.	NGO SOHE Catherine	01A139	- ZAMBO BELINGA Joseph-Marie, Pr - NNA NTIMBAN Albert, CC	L'influence des religions sur les pratiques traditionnelles au Cameroun
20.	NGOUYAMSA NSANGOU Abdel Karim	11K001	ELLA ELLA Samuel-béni, MC	La décentralisation de la gestion forestière dans la zone CEMAC à l'épreuve du développement local : expérience du Cameroun et de la république démocratique du Congo. Contribution à la sociologie du développement
21.	NONGA Sylvain Simon	10L316	- LEKA ESSOMBA Armand, MC - TEDONGMO TEKO Henri, CC	Politiques de sécurité sanitaire et uniformisation de la consommation des médicaments à Yaoundé
22.	NTAMACK Herverene Née le 31/03/1987 à Garoua	/	- MIMCHE Honoré, MC - BIOS NELEM Christian, CC	La gouvernance du secteur de l'éducation de base au Cameroun : enjeux, défis et perspectives
23.	OBIA OBIA Tatiana	/	LEKA ESSOMBA Armand, MC	La promotion socioculturelle des femmes atteintes de nanisme au Cameroun
24.	POUNTOUGNIGNI MFENJOU Arouna	12A256	- NZHIE ENGONO Jean, Pr - TEDONGMO TEKO Henri, CC	La construction politique de l'économie numérique en Afrique : cas du Cameroun
25.	Rahis Israel MANAMON	08G400	LEKA ESSOMBA Armand, MC	Ordre, sécurité publique et construction de l'Etat au Tchad
26.	SANDJOL ANKOH SIMEU Michèle	05H716	NZHIE ENGONO Jean, Pr	Vulnérabilité en terre d'exil : analyse de la résilience chez les réfugiés centrafricains à Gadobadzere (région de l'Est Cameroun)
27.	TCHAMI TCHAMEN Valère	/	- NODEM Jean Emet, MC	La prise en charge hospitalière au Cameroun : les rapports agents de santé et patients internes en situation de réforme hospitalière

			- DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, CC	
28.	TCHUIDJANG KOUAYEP Huguette Nice	09J398	LEKA ESSOMBA Armand	Intégration des enfants en difficultés d'apprentissage dans le système éducatif camerounais : contribution à une sociologie de l'éducation et de l'intégration sociale à partir de l'Ouest Cameroun
29.	YASSEMBETI Charamy- Louise	10B245	- SOCPA Antoine, Pr - MBA Robert, CC	Etude des déterminants socioculturels de la mortalité maternelle et néonatale en centrafricaine : cas de l'hôpital de Bimbo dans la Préfecture de l'Ombelle-M'poko



LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE DE YAOUNDE I

*M. Maurice Aurélien Fossa*

### **Chanson sur le ver de Guinée composée par l'artiste musicien Guy Sultan**

*Papa et maman, enfants du Tchad, attention le ver de Guinée est parmi nous.  
Nous devons tous lui barrer la route.*

*R / ver de Guinée tu es dangereux pour notre santé, tu ne passeras pas par nous,  
ni le chien ni le chat, nous allons t'éradiquer. Tous ensemble, libérons le Tchad  
du ver de Guinée, ver de Guinée.*

*Ah ah ah papa et maman, enfants du Tchad, attention le ver de Guinée est  
parmi nous, il ressemble à un long fil blanc, il se manifeste par des  
démangeaisons, de brûlure, de gonflement, de douleur ou des ampoules sur le  
corps. A la première apparition de ces symptômes sur vous ou sur une autre  
personne autour de vous, évitez d'entrer dans de l'eau pour ne pas la  
contaminer. Allez immédiatement au centre de santé ou à l'hôpital ou bien  
appelez gratuitement au 13 00 à partir d'airtel ou de tigo, vous recevrez une  
récompense si le ver de Guinée sort, vous serez pris en charge gratuitement.  
Nous pouvons éviter le ver de Guinée en buvant de l'eau de forage, de l'eau  
filtrée ou de l'eau bouillie. Mangeons de poisson et autre espèce aquatique  
bien cuits.*

*R / ver de Guinée tu es dangereux pour notre santé, tu ne passeras pas par nous,  
ni le chien ni le chat, nous allons t'éradiquer. Tous ensemble, libérons le Tchad  
du ver de Guinée, ver de Guinée.*

*Pra ! attention ! le ver de Guinée est dangereux, si vous avez le ver de Guinée,  
vous ne pouvez aller à l'école, vous ne pouvez aller au champ ni au marché,  
nous ne pouvez participer aux activités de votre communauté. Faites attention  
famille, ami et enfant prenez soin de vos chiens et chats, ver de Guinée ne  
passera pas par moi. Devenons tous des héros de ver de Guinée en  
contribuant à l'éradication de la maladie.*

*R / ver de Guinée tu es dangereux pour notre santé, tu ne passeras pas par nous,  
ni le chien ni le chat, nous allons t'éradiquer. Tous ensemble, libérons le Tchad  
du ver de Guinée, ver de Guinée.*

*Les chats et les chiens peuvent aussi être infectés. Surveillez vos chiens et vos  
chats en palpant souvent pour détecter très tôt une ampoule ou une plaie. A la  
première apparition de ces symptômes, attachez les chiens et les chats infectés  
pour les empêcher de contaminer une source d'eau. Le ver de Guinée est là,  
cherchons-le activement dans nos villes et nos campagnes, enterrons les  
boyaux de poissons ou brûlons les quelle que soit la quantité pour empêcher  
les chiens et les chats de s'infecter en les mangeant. Ver de Guinée tu ne  
passeras pas par mes chiens et mes chats. Ensemble barrons la route au ver  
de Guinée, barrons la route au ver de Guinée, barrons la route au ver de  
Guinée, tous ensemble barrons la route au ver de Guinée.*

*R / ver de Guinée tu es dangereux pour notre santé, tu ne passeras pas par nous,  
ni le chien ni le chat, nous allons t'éradiquer. Tous ensemble, libérons le Tchad*

### Message publicitaire contre le ver de Guinée

*Hé ! Djafate ya quoi tu es si pensif comme ça là ?*

*Hai ! Abraham tu n'es pas au courant que le ver de Guinée est parmi nous ?*

*Abon ! que faut-il faire ?*

*A la première apparition d'un de ces symptômes sur vous, des démangeaisons, des brûlures, des gonflements, une ampoule ou une plaie, évitez d'entrer dans de l'eau pour ne pas la contaminer. Allez immédiatement au centre de santé ou à l'hôpital ou bien appelez gratuitement au 13 00 à partir d'Airtel ou de Tigo.*

*Oh ! mais ça c'est intéressant ça.*

*Si c'est confirmé que c'est le ver de Guinée, après guérison. Vous recevrez une récompense de 50 000 FCFA. Si vous voyez un de ces signes sur une personne autour de vous et le signaler, vous recevrez une récompense de 25 000 FCFA entant qu'informateur et la personne malade recevra aussi 25 000 FCFA si c'est confirmé que c'est le ver de Guinée.*

*Attention ! Écoutez bien. Les chats et les chiens peuvent aussi être infectés. Surveillez vos chiens et chats en les palpant plus souvent pour détecter très tôt une ampoule ou une plaie. A la première apparition de ces symptômes, attachez les pour les empêcher de contaminer les sources d'eau ou bien contactez immédiatement un agent de ver de Guinée ou appelez gratuitement au 13 00 à partir d'Airtel et Tigo et vous recevrez une récompense suivant les trois situations suivantes.*

*Pardon Djafate, cite-moi les conditions j'ai envie d'écouter ça*

*1 : l'animal est attaché au stade de gonflement ou une ampoule et un ver de Guinée sort si c'est votre chien ou chat, vous recevrez une récompense d 10 000 FCFA, si c'est le chien ou le chat d'un autre, vous recevrez 5000 FCFA en tant qu'informateur et le propriétaire recevra aussi 5000 FCFA.*

*2 : l'animal est attaché au stade de plaie ou ver émergeant et un ver de Guinée sort, si c'est votre chien ou votre chat, vous recevrez une récompense de 2000 FCFA, si c'est le chien ou chat d'un autre, vous recevrez 1000 FCFA entant qu'informateur et le propriétaire recevra aussi 1000 FCFA.*

*3 : l'animal est attaché à n'importe quel stade et ce n'est pas le ver de Guinée. Si c'est votre chien ou votre chat, vous recevrez une récompense de 6 boules de savon. Si c'est le chien ou le chat d'un autre, vous recevrez 3 boules de savon entant qu'informateur et le propriétaire recevra aussi 3 boules de savon.*

*Tous ensemble, libérons le Tchad du ver de Guinée. Plus d'informations : Appelez gratuitement au 13 00 à partir d'Airtel et de Tigo. Ceci est un message du Programme National d'Eradication du ver de Guinée.*

### **Message publicitaire contre le ver de Guinée**

*Population tchadienne attention !*

*En ville et à la campagne le ver de Guinée est parmi nous.*

*Il ressemble à un fil blanc. Il se manifeste par des démangeaisons, des brûlures, des gonflements, une ampoule ou une plaie.*

*A la première apparition d'un de ces symptômes sur vous ou sur une personne autour de vous, évitez d'entrer dans l'eau pour ne pas la contaminer.*

*Allez immédiatement au centre de santé ou à l'hôpital ou bien appelez gratuitement au 13 00 à partir d'Airtel ou de Tigo.*

*Wala ! notez bien. La prise en charge est gratuitement. Nous pouvons éviter le ver de Guinée en buvant de l'eau de forage, de l'eau filtrée ou bouillie.*

*Mangeons les poissons et autres espèces aquatiques bien cuits. Devenons des héros de ver de Guinée en contribuant à l'éradication de la maladie.*

*Ah han ! attention ! écoutez bien. Les chiens et les chats peuvent aussi être infectés. Surveillez vos chiens et chats en les palpant souvent pour détecter très tôt un gonflement ou une ampoule.*

*A la première apparition de ces symptômes, attachez tous les chiens et les chats infectés pour les empêcher de contaminer une source d'eau.*

*Barrons la route au ver de Guinée, enterrons les boyaux de poissons ou brûlons-les quelle que soit la quantité pour empêcher les chiens et les chats de s'infecter en les mangeant.*

*Tous ensemble, libérons le Tchad de ver de Guinée. Pour plus d'informations :*

*Appelez gratuitement au 13 00 à partir d'Airtel ou de Tigo.*

*Ceci est un message du programme national d'éradication du ver de Guinée.*

Affiche sur le ver de Guinée

# LE VER DE GUINEE

## دُوْدُ الْغِينِي



SI VOUS REMARQUEZ UNE AMPHIBULE SUR VOS, OU SI VOUS EN SENTEZ UN  
OU UNE AMPHIBULE SUR VOTRE ANIMAL, CONTACTEZ IMMÉDIATEMENT UN AGENT DE VIE DE GUINÉE.  
APPELEZ AU CENTRE DE SANTÉ OU APPELEZ GRATUITEMENT AU 1390.

عَلَى شَهِدِ أَوَّلِيَّةٍ فِي جَسَدِكُمْ، وَ أَوَّلِيَّةٍ أَوْ وَجَعَةٍ فِي حَيَوَانِكُمْ، تَحْتَ طَرَفِي خَدَّكُمْ  
هَذَا دُوْدُ حَيْدَةَ وَ أَحْمِي خَدَّي السَّلْمُوكَةِ وَ أَسْمَى الْإِسْمِ الْفَتَحِي ١٣٠٠





Affiche sur le ver de Guinée

# JE SUIS UN HEROIS PLUS JAMAIS DE VER DE GUINEE



CENTRE DE SANTE



50.000 CFA

QUAND J'AI REMARQUE L'AMPOULE,  
JE SUIS ALLEE AU CENTRE DE SANTE

SI VOUS REMARQUEZ UNE AMPOULE SUR VOUS,  
ALLEZ AU CENTRE DE SANTE OU APPELEZ GRATUITEMENT AU 1300.  
ET GAGNEZ 50.000 CFA SI C'EST UN CAS DE VER DE GUINEE.



**Séance de travail avec le Coordonnateur National du Programme d'Eradiation de Ver de Guinée au siège du programme à N'Djamena**

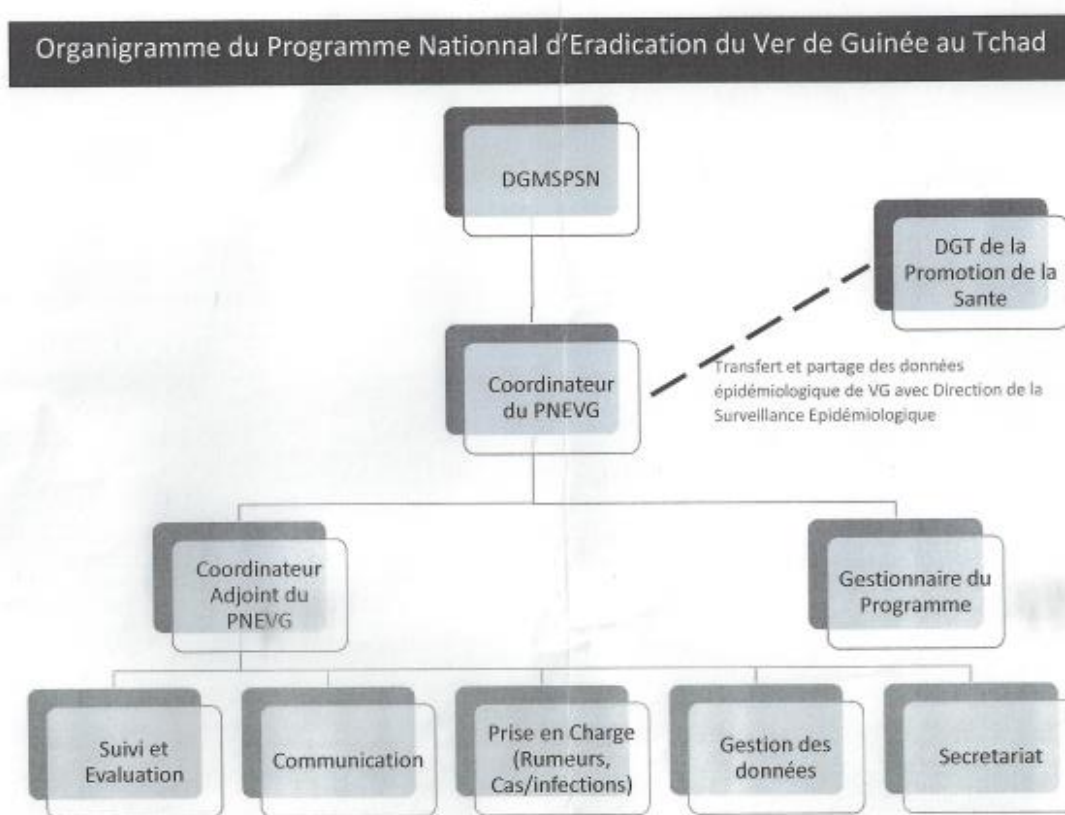


**Le Prof Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, codirecteur de la thèse en chapeau, le Coordonnateur national, Dr TCHINDEBET OUAkou en veste et le doctorant Jacob MBAIHONDOUM au milieu.**

## Revue nationale des activités d'éradication du ver de Guinée



## Organigramme du Programme National d'Eradiation de Ver de Guinée



DGM : Direction Générale du Ministère de la Santé Publique et de la Solidarité Nationale

## Articles publiés

Corps, santé et société en Afrique  
*Interrogations socio-anthropologiques actuelles*  
 Vol. 1, n°2 - mai 2020

RECSO

RECSO

Revue Camerounaise de Sociologie

Vol. 1, n°2 - mai 2020

## SOMMAIRE

## EDITORIAL

Jean NZHIE ENGONO, Université de Yaoundé I ..... 13

## PROPOS INTRODUCTIF: DES CORPS EN VIE AUX CORPS MORTS.

Comprendre les constructions et pratiques sociales en Afrique.

Yves B. DJOUDA FEUDJIO &amp; Robert-Marie MBA, Université de Yaoundé I ..... 17

## RUBRIQUE 1 : ARTICLES ORIGINAUX ..... 27

## REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA NOTION DE PERSONNE, TRAITEMENT DES « CORPS SORCIERS » ET BLINDAGE

DANS LA SOCIOCULTURE NGYEMBA (OUEST-CAMEROUN).

Celestin WAGOUNM, Achille PINGHANE YONTA &amp; Yves B. DJOUDA FEUDJIO, Université de Yaoundé I ..... 29

## SEMILOGIE ET TYPOLOGIE DES SCARIFICATIONS EN AFRIQUE FRANCOPHONE SUBSAHARIENNE : CAS DES KABYÈ DU TOGO.

Aïta Meuan KOFFI, Université Gaston Berger (Saint-Louis Sénégal) ..... 53

## LE CORPS COMME PRODUIT DE MARKETING SOCIAL

ET DE MONSTRATION : Une construction de la réalité sociale.

Robert-Marie MBA Université de Yaoundé I ..... 75

## USAGES SOCIAUX DES SEINS NUS ET « FRAGMENTÉS »

DE LA FEMME AFRICAINE AUTOUR DE L'ALLAITEMENT À ABIDJAN.

Adelin Paul EGNANKROU,

Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan-Cocody ..... 93

## DÉPIGMENTATION VOLONTAIRE ET MALADIES SUBSÉQUENTES

EN MILIEUX URBAINS : Une riposte féminine au colorisme à Mora, Maroua et N'gaoundéré.

Eric GUIDASSA, Université de Maroua ..... 113

## CORPS D'ANIMAUX ET CORPS HUMAINS FACE À LA VULNERABILITÉ DU VER DE GUINÉE DANS LES ZONES ENDEMIQUES AU TCHAD.

Jacob MBAHONDOUNM, Yves B. DJOUDA FEUDJIO &amp; Jean NZHIE ENGONO, Université de Yaoundé I ..... 135

## RUBRIQUE 2 : LIBRE PROPOS ..... 151

## LE FARDEAU DE « L'HOMME NOIR » : Imaginations identitaires et mémoire de l'esclavage en sociétés africaines aujourd'hui.

Armand LEKA ESSOMBA, CERES-Université de Yaoundé I ..... 153

## RUBRIQUE 3 : ACTIVITÉS SOCIOLOGIQUES ..... 177

Corps, santé et société en Afrique *Interrogations socio-anthropologiques actuelles*  
Vol. 1, n°2 - mai 2020

# Corps, santé et société en Afrique

Dossier thématique n° 2

Numéro coordonné par  
 Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO  
 Robert-Marie MBA

ISBN : 978-2-343-20520-5

21,50 €



9 782343 205205



L'Harmattan

## CORPS D'ANIMAUX ET CORPS HUMAINS FACE A LA VULNERABILITE DU VER DE GUINEE DANS LES ZONES ENDEMIQUES AU TCHAD

Jacob MBAIHONDOUM<sup>1</sup>  
Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO<sup>2</sup>  
Jean NZHIE ENGONO<sup>3</sup>

### Résumé :

Le Tchad tarde à éradiquer la dracunculose, maladie tropicale négligée (MTN) pourtant aujourd'hui éliminée dans 211 pays dans le monde (Régions africaines, Méditerranée orientale et Asie du Sud-Est). Au Tchad, le gouvernement a créé en 1991, un Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG) et des appuis ont été apportés par de grandes institutions (Centre CARTER, UNICEF, OMS...) mais la maladie persiste et affecte à la fois les humains et les animaux domestiques comme les chiens et chats. L'objectif primordial assigné à cet article a été de comprendre comment le ver de Guinée affecte le corps des animaux et des humains, cela en lien avec les perceptions et pratiques des communautés. L'analyse s'est adossée sur trois théories notamment la sociologie interactionniste, la théorie des représentations sociales et la théorie des stigmates. Il est ressorti de cette recherche que le ver de Guinée qui se développait uniquement chez l'Homme à travers la consommation d'eau des mares infectées est aujourd'hui retrouvé chez les animaux (chiens et chats) par l'intermédiaire des boyaux de poisson et autres animaux aquatiques. Cette maladie affecte gravement le corps et lui impose des «*monstruosités*» souvent très sévères qui inscrivent les malades dans la catégorie des «*outsiders*» ou des «*stigmatisés*». Les corps d'animaux et humains restent très vulnérables face au ver de Guinée dans les zones endémiques au Tchad.

**Mots clés :** *Corps d'animaux, corps humains, vulnérabilité, dracunculose (ver de Guinée), Tchad.*

### Abstract:

Chad trails for the eradication of the dracunculose, neglected tropical disease (MTN) however now eliminated in 211 countries in the world (African Areas, the Eastern Mediterranean and Asia of South-east). In Chad, the government created in 1991, a National Programme of Eradication of the Worm of Guinea (PNEVG) and supports were brought by great institutions (Center CASING, UNICEF, WHO...) but the disease persists and affects at the same time the human ones and the domestic animals like the dogs and cats. The paramount objective assigned in this article was to include/understand how the worm of Guinea affects the body of the animals and the human ones, that in bond with perceptions and practical of the communities. The analysis leaned on three theories in particular sociology interactionnist, the theory of the social representations and the theory of the marks. It is come out from this research that the worm of Guinea which developed only at the Man through the consumption of the infected ponds is found today

---

<sup>1</sup> Doctorant en sociologie, Université de Yaoundé I

<sup>2</sup> Sociologue, Maître de conférences, Université de Yaoundé I

<sup>3</sup> Sociologue, Professeur, Université de Yaoundé I

in the animals (dogs and cats) by the intermediary of the fish bowels and other aquatic animals. This disease seriously affects the body and imposes to him "*monstrosities*" often very severe which register the patients in the category of the "*outsiders*" or of "*stigmatized*". The bodies of animals and human remain very vulnerable vis-a-vis the worm of Guinea in the endemic zones in Chad.

**Key words:** *Bodies of animals, bodies human, vulnerability, dracunculose (worm of Guinea), Chad.*

## Introduction

La dracunculose (ver de Guinée) est une maladie tropicale négligée (MTN) qui, dans les années 1980, était endémique dans 211 pays dans le monde (Régions africaines, Méditerranée orientale et Asie du Sud-Est). En 1989 par exemple, 892 055 cas au total avaient été notifiés dans 13 682 villages de 15 pays ayant soumis leurs rapports de recherches à l'OMS (OMS, 2018). En Afrique, la dracunculose reste une endémie persistante au sud du Sahara, notamment en zone rurale. Malgré d'importants efforts politiques qui ont permis d'éliminer le ver de guinée dans plusieurs pays (Cameroun, la RCA, le Burkina-Faso, le Togo, l'Ouganda, etc.), la maladie persiste en milieu rural. En 2015, un total de 22 cas ont été signalés dans 20 villages de 4 pays : 9 cas dans 9 villages (Tchad), 5 cas dans 5 villages (Soudan du Sud), 5 cas dans 3 villages (Mali) et 3 cas dans 3 villages (Ethiopie) (OMS, 2018). Au Tchad, pour l'éradiquer, le gouvernement a créé en 1991, un Programme National d'Eradication du Ver de Guinée (PNEVG). Des appuis ont été apportés au niveau international par de grandes institutions (Centre CARTER, UNICEF, OMS...). Au niveau national, des stratégies de sensibilisation et de vulgarisation des signes et moyens de prévention ont été développées. L'une des stratégies phares consiste à récompenser à hauteur de 50 000 FCFA (100\$), tout patient qui déclare des cas de maladie du ver de Guinée et une récompense de 25000 FCFA (50\$) à toute personne qui déclare des cas du ver de Guinée (Le Pays, 2017 :1.). En dépit de cette mobilisation institutionnelle pour éliminer le ver de Guinée, quelques statistiques disponibles montrent que le Tchad tarde à éradiquer la dracunculose. Car, après 9 ans (2001-2009) sans notification de cas humains, la maladie a réapparu au Tchad en 2010 dans 08 régions<sup>4</sup>. Ainsi, 16 cas ont été notifiés

---

<sup>4</sup> Salamat, le Chari Baguirmi, le Mayo Kebbi-Est et Ouest, la Tandjilé, le Mandoul, le Moyen Chari et

chez les humains et plus de 1000 chiens infectés en 2016. Au Tchad, la maladie du ver de Guinée se transmet aux chiens, aux chats et aux humains principalement par voie de consommation d'entrailles de poisson crues et/ou d'autres animaux aquatiques insuffisamment cuits comme les grenouilles, plutôt qu'en buvant de l'eau contaminée comme c'est le cas dans la plupart des autres pays. Le nombre d'infections de dracunculose observées chez le chien n'a cessé d'augmenter, passant de 27 en 2012 à 55 en 2013 ; 113 en 2014 ; 503 en 2015 ; 1011 en 2016 ; 1040 en 2018 et 1935 en 2019. Le nombre de cas humains est passé de 16 cas en 2010 à 47 cas en 2019 (PNEVG, 2019). La situation tchadienne est exceptionnelle car les infections canines y étaient plus de 63 fois plus nombreuses que les infections humaines en 2016, contre 56 fois plus nombreuses en 2015 (OMS, 2010 & 2017). Au-delà de cette complexité (infections animales versus cas humains) observée autour de la maladie du ver de Guinée au Tchad, la présente réflexion sociologique voudrait non seulement comprendre le rapport qui existe entre les infections animales du ver de Guinée et les cas humains, mais surtout les analyser en les mettant en lien avec la problématique du corps, santé et société. En effet, le ver de Guinée crée des situations de handicap, présente des « *monstruosités de corps* » (Goffman, 1975) souvent très sévères qui inscrivent les malades dans la catégorie des « *outsiders* » ou des « *stigmatisés* » (Goffman, 1975).

### **Cadre théorique et méthodologique**

Pour bien cerner le rapport qui existe entre les infections animales et les cas humains face à la maladie du ver de Guinée au Tchad, le présent article s'est adossé à trois théories, notamment la sociologie interactionniste de George Herbert Mead (1950), la théorie des représentations sociales (Jodelet, 1989) et la théorie du stigmat (Goffman, 1975). Ces théories ont permis non seulement de comprendre l'interaction entre l'homme et son animal, considéré comme compagnie inséparable, mais aussi d'appréhender les constructions sociales développées autour des corps (animaux et humains) infectés. Les données ont été collectées sur la base des techniques vivantes notamment les entretiens sur le terrain, l'observation directe, les récits de vie, les études de cas.. Il a été réalisé au total quarante (40) entretiens dans les villages endémiques de Marabé, Marabodoukouya, Dangalakanya, Héllibogo. Il est à préciser que cet échantillon a été réparti spécifiquement entre les familles ou ménages qui ont enregistré les cas de ver de Guinée, les propriétaires des chiens



infectés, le personnel de santé au niveau communautaire, les agents de relais communautaires, les points focaux de lutte contre la dracunculose, les chefs religieux ou traditionnels, les agents de communication, les agents du centre CARTER présents dans les zones endémiques. Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Une exploitation particulière a été aussi accordée aux bases de données quantitatives disponibles au Programme National d'Eradication du Ver de Guinée.

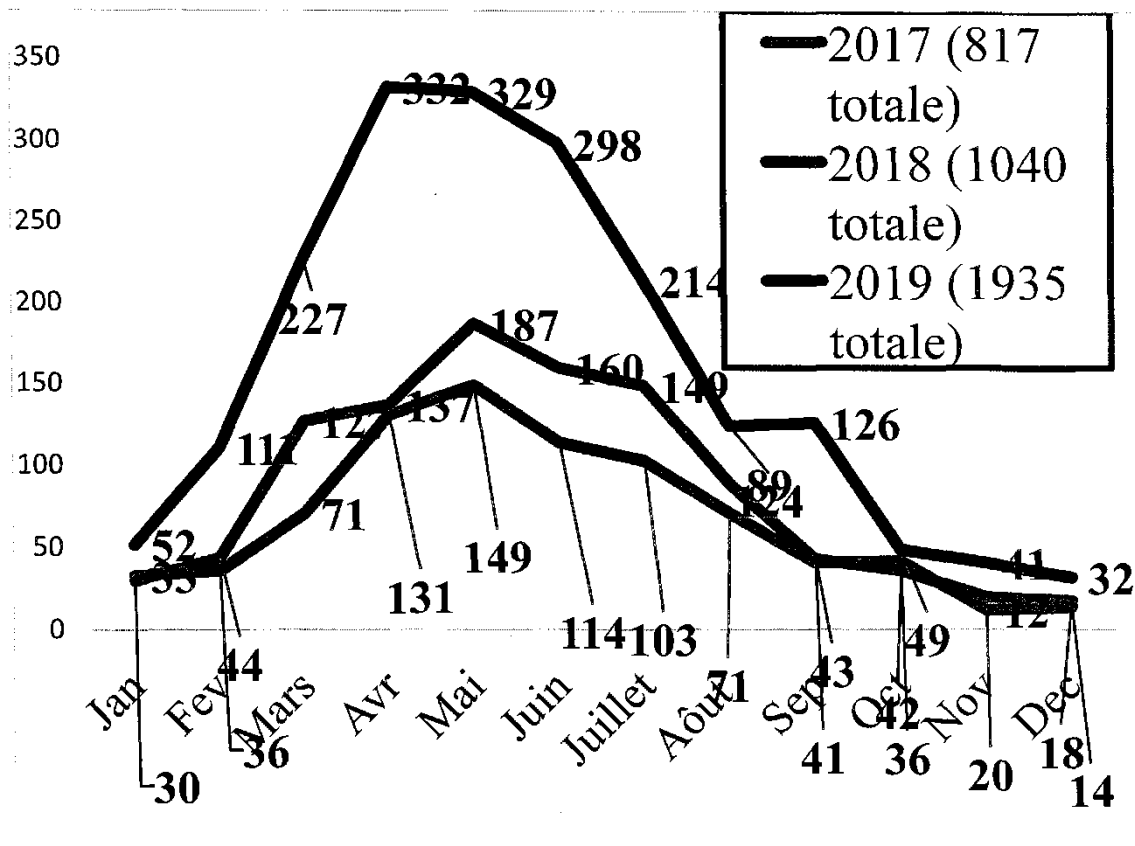
## **Présentation des principaux résultats**

### **I- Corps d'animaux domestiques et ver de Guinée au Tchad**

#### **1- Situation épidémiologique du ver de Guinée chez les animaux**

Au Tchad, les infections chez les chiens constituent un vrai défi dans l'éradication du Ver de Guinée. En 2018, 1069 infections ont été confirmées dans le monde chez les chiens dont 1040 au Tchad soit 98%. Du 1er janvier au 30 septembre 2019, 1809 infections ont été constatées dans le monde dont 1798 au Tchad soit 99,4%. Le Tchad apparaît clairement comme étant l'épicentre mondial du Ver de Guinée. Les visites de terrain relèvent un nombre élevé de chiens par ménage et parfois plus de 10 chiens dans certains ménages. Afin de pallier à cette situation, il y a eu des tentatives sans succès d'abattage de chiens errants. En 2013, une réunion stratégique multisectorielle regroupant les cadres des Ministères de la Santé Publique, de l'Intérieur, de l'Elevage et l'Environnement avait déjà retenu l'abattage comme l'une des stratégies pour lutter contre la dracunculose au Tchad. L'une des recommandations de cette réunion était justement « *l'abattage systématique des chiens errants dans les zones où les infections ont été notifiées chez les animaux* ». Cette recommandation a été revue lors de la réunion du 24 juillet 2014, par le Premier Ministre de l'époque ayant présidé cette réunion en « *l'abattage des chiens errants* ». La mise en application de cette recommandation n'a pas pu être effective faute d'engagement ferme et de suivi. Le ver de guinée reste donc très présent au sein de la population des chiens.

**Tableau n°1 : infection du ver de Guinée chez les chiens par mois (2017-2019) au Tchad**



Source : PNEVG, 2019

## 2- Causes de l'infection du ver de Guinée chez les chiens

Le Tchad est actuellement le seul pays au monde à confirmer des cas de ver de Guinée chez les chiens (PNEVG, 2013). En effet, le phénomène a été observé au Tchad en 2012 et, depuis lors, plusieurs chiens porteurs de vers émergents, génétiquement identiques à ceux qui apparaissent chez l'Homme, sont encore détectés dans les zones à risque. La littérature (Robbie McDonald *et al.*, 2018) souligne que les infections animales sont causées par la consommation soit de l'eau infectée, soit d'un hôte parénétique comme poisson ou tout autre animal aquatique mal cuit. Les grandes activités de pêche ainsi que les méthodes de traitement des poissons (nettoyage, séchage...) laissent d'énormes quantités d'entrailles de poisson contenant des larves du ver de Guinée dont les chiens se

nourrissent ainsi que les poissons mal cuits. Tous ces canaux sont des moyens par lesquels les chiens et chats attrapent le ver de Guinée au Tchad. D'après le Délégué sanitaire de la province du Mayo kebbi Est :

*« Actuellement, la situation épidémiologique est caractérisée par l'augmentation crescendo d'année en année du nombre d'infection animale notamment chez les chiens et les chats et l'implication des poissons frais dans la chaîne de transmission. Ce qui complique encore davantage cette lutte ».*

### **3- Manifestations de l'infection du ver de Guinée chez les chiens**

Il est à noter que, les signes et symptômes du ver de Guinée développés chez les animaux sont similaires à ceux observés chez les êtres humains. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une ampoule et une plaie fraîchement ouverte sur le corps avec grattement à l'endroit atteint. Dans certains cas, on peut observer que le chien boite ou se trouve dans une condition de malaise généralisé, alité avec peu de mouvements. Néanmoins, il est à retenir que le gonflement, l'ampoule et la plaie sur le corps sont les signes les plus distinctifs de la maladie du ver de Guinée chez les animaux. La photo suivante illustre quelques cas de ver de guinée chez les chiens.

### **4- Conséquences de l'infection du ver de Guinée chez les chiens**

Les conséquences des infections animales de la maladie du ver de Guinée sont multiples. D'abord, il est important de rappeler qu'une infection de ver de Guinée chez l'animal est définie comme tout animal qui a eu une ou plusieurs lésions où un ver de Guinée a émergé. Dans le souci de minimiser la contamination des mares par des animaux infectés, le programme a mis en place un système de surveillance qui consiste à attacher systématiquement les chiens suspectés pour ne pas les laisser entrer dans une source d'eau. D'après Salb (2018), *« tout au long de leur longue histoire de domestication, les chiens ont été des sources de parasites zoonotiques et ont servi de lien pour l'échange de parasites entre le bétail, la faune et les humains »*. Dans l'histoire de l'humanité, le chien représente l'ami de l'homme. En milieu rural tchadien, les chiens sont utilisés pour la chasse, la garde des bœufs, la lutte contre les animaux (singes, chimpanzés) qui détruisent les champs, etc. Attacher les chiens atteints du ver de Guinée jusqu'à l'extraction du ver, mais aussi la cicatrisation de la plaie limite considérablement leurs capacités à jouer ce rôle. Quand le chien est attaché suite au ver de Guinée, il maigrit pour la

seule raison qu'en milieu rural, c'est les chiens eux-mêmes qui se déplacent pour chercher leur nourriture. Il devient agressif vis-à-vis des membres de la famille mais aussi de son entourage. D'après Djero David, agent renfort au centre CARTER à Bousso, dans « *certains villages endémiques où les chiens infectés sont attachés, des hyènes ont pris beaucoup de chèvres des populations, les voleurs profitent de cette occasion pour voler les bétails et autres biens matériels en milieu rural* ».

**Photo n° 1: immobilisation prolongée des chiens à Ngargué**



**Source : enquête de terrain, 2019**

En milieu rural tchadien, le chien est un compagnon majeur de la communauté. Les deux entretiennent des interactions sociales multiples . Pourtant, cette proximité est l'une des grandes conséquences de la transmission des maladies zoonotiques aux humains.

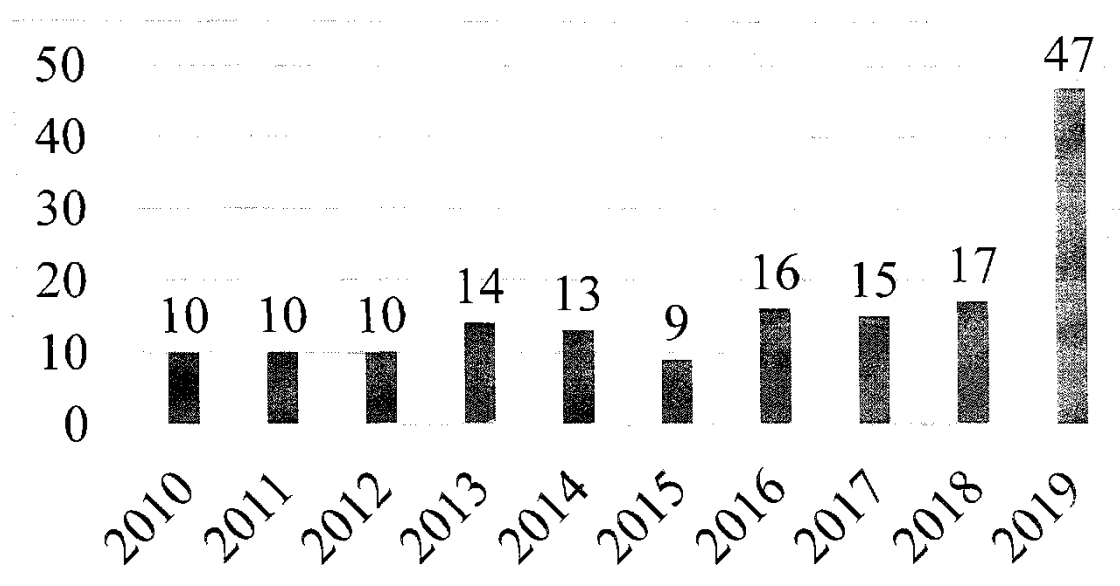
## **II-Corps humains et ver de Guinée au Tchad**

### **1- Situation épidémiologique du ver de guinée chez les humains au Tchad**

Véritable problème de santé publique dans les années 1980 avec près de 3,5 millions de cas dans le monde, aujourd'hui c'est une maladie presque éradiquée du globe. Seulement 4 pays (Ethiopie, Mali, Soudan du sud et Tchad) dans le monde sont encore endémiques (OMS, 2018). Au Tchad, depuis la recrudescence de cas humains en 2010, après 10 ans sans notification, la situation ne cesse de s'empirer d'année en année. En 2018, sur un total de 28 cas humains confirmés dans le monde, 17 cas sont notifiés au Tchad soit 61%. Du 1<sup>er</sup> Janvier au 30 septembre 2019, 45 cas de ver de Guinée confirmés chez l'homme sont notifiés dans le monde dont

42 au Tchad soit 91%. Le Tchad apparaît clairement comme étant l'épicentre mondial du ver de Guinée. Le PNEVG (2019) récapitule clairement cette situation épidémiologique très préoccupante au Tchad.

**Tableau N° 2 : Distribution des cas humains du ver de Guinée (2010 – 2019)**



Source : PNEVG, 2019

## 2- Causes de l'infection du ver de Guinée chez les humains

La maladie du ver de Guinée est une parasitose causée par un ver appelé *Dracunculus medinensis*, communément appelé Ver de Guinée (VG). Elle est reconnue par l'apparition d'un ver blanc, filiforme venant d'un ulcère ou d'une plaie sur la peau de la personne ou de l'animal infecté. La femelle adulte du ver de Guinée peut atteindre un mètre de long et contient des milliers de minuscules larves. Les photos suivantes illustrent quelques images du ver extrait chez les humains et les chiens.



Source : *Enquête de terrain et revue Annuelle des Activités du PNEVG/T, 2019*

La maladie du ver de Guinée touche essentiellement les populations des zones rurales, dépourvues d'eau potable et consommant plus de poissons frais. Il n'y a ni traitement curatif, ni vaccin contre le ver de Guinée. Mais, il existe des mesures de prévention très efficaces et simples pour éviter la maladie. La maladie du ver de Guinée se transmet aux autres personnes quand ils boivent l'eau contenant les cyclopes infectés des larves de ver de Guinée. Le cyclope sert ainsi d'hôte intermédiaire aux larves de ver de Guinée; les larves grandissent à l'intérieur du cyclope et ne deviennent infectieux que 10 à 14 jours. Spécifiquement au Tchad, la maladie du ver de Guinée se transmet aussi par la consommation de poissons mal-cuits contaminés. Cette épidémiologie incluant l'hôte parénétique qu'est le poisson ou autre animal aquatique donne au Tchad la particularité d'enregistrer des infections de ver de Guinée chez les chiens et les autres animaux domestiques se nourrissant des poissons cuits de manière approximative et des entrailles de poissons. Le ver de guinée est une maladie de la misère, de la pauvreté, de l'insalubrité. La photo suivante illustre une mare d'eau manifestement très polluée, mais qui reste la seule source de consommation en eau dans le village Bogom où sévit le ver de guinée.

**Photo n°2 : eau de mare consommée en milieu rural à Bogam**

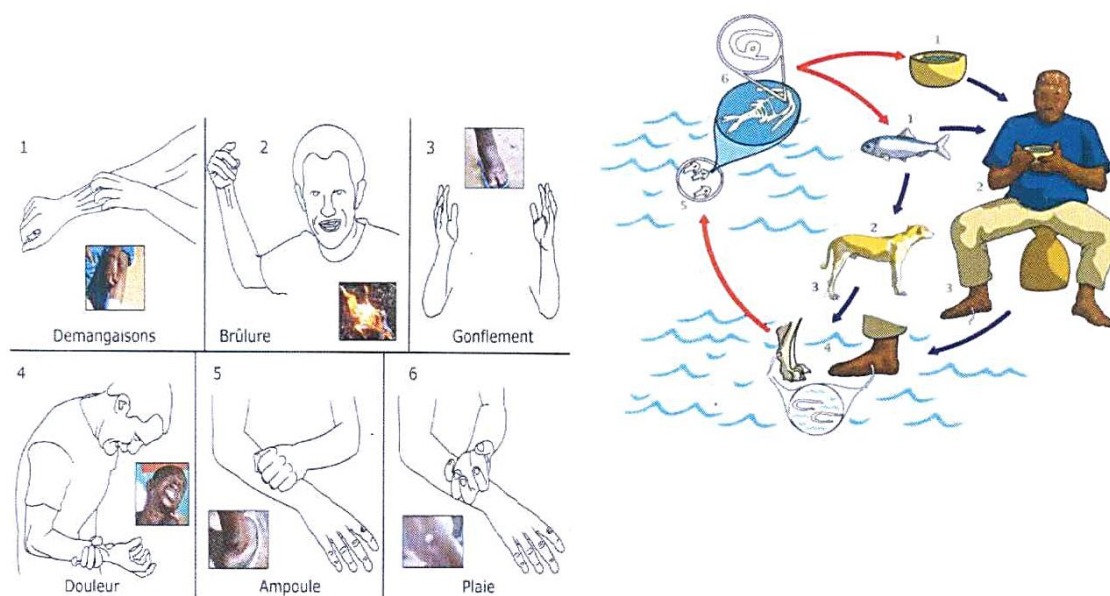


**Source : enquête de terrain, Janvier, 2020**

### **3- Manifestations de l'infection du ver de Guinée chez les humains**

Le cycle commence avec l'eau contenant des cyclopes infectés de larves de VG. L'homme s'infecte soit en buvant de l'eau ou en consommant du poisson contenant des cyclopes infectés. Le poisson ingère les cyclopes infectés. L'homme ou le chien contiennent les larves matures qui migrent dans les tissus sous-cutanés. Au bout d'une année (10 à 14 mois), le VG adulte s'apprête à sortir du corps et l'homme ou le chien infecté peut manifester de signes de démangeaison, brulure, gonflement, douleur ou ampoule. Le VG sort par la plaie souvent aux membres inférieurs. Les larves émergent de l'homme ou du chien contaminent les sources d'eau. Les larves sont avalées par les cyclopes. Les larves immatures se développent au bout de 10 à 14 jours en des larves infectantes. La maladie du ver de Guinée dure en moyenne deux semaines et se caractérise par l'apparition de signes suivants chez la personne infectée : démangeaison, brulure, gonflement, douleur, ampoule et plaie. Le gonflement, l'ampoule et la plaie sur le corps sont les signes les plus distinctifs de la maladie du ver de Guinée chez les animaux.

### Photo n° 3 : Cycle et manifestation du ver de Guinée



Source : PNEVG, 2017

#### 4- Conséquences de l'infection du ver de Guinée chez les humains

La dracunculose est une affection fortement invalidante qui provoque d'importantes pertes économiques ; elle a aussi de graves répercussions sociales dans les communautés rurales des régions touchées. Elle provoque des handicaps, des «*monstruosités du corps*» (Goffman, 1975), empêche les enfants d'aller à l'école et les parents de travailler, limitant ainsi leur potentiel et laissant les habitants prisonniers de la pauvreté. D'après Aboubacar (2004) :

*L'impact social de la maladie du ver de Guinée est principalement attribuable à l'incapacité provisoire subie par le patient, et qui est renforcée par le modèle saisonnier de l'émergence du ver atteignant souvent son maximum aux périodes agricoles de l'année où le travail est maximum. Le peuple Dogon du Mali se réfère à l'infection comme « maladie du grenier vide ».*

La dracunculose participe à un cycle continu de pauvreté et à une stigmatisation qui empêchent des dizaines de millions de personnes de



travailler, d'aller à l'école ou de participer à la vie familiale et sociale. Les enfants, sollicités pour remplacer les membres de la famille atteints de dracunculose, désertent l'école. Les conséquences économiques de la dracunculose selon Chippaux *et al.*, (1992) sont difficiles à calculer car, une partie importante du revenu des ménages se chiffre encore en produits vivriers dont la valeur commerciale n'est pas représentative du temps de travail.

### **III- Analyse des représentations et stigmates des corps malades du ver de Guinée**

#### **1- Ver de guinée et corps stigmatisé**

Les corps en situation de handicap sont socialement perçus comme « *différents* », surtout ceux qui présentent des « *monstruosités de corps* » (Goffman, 1975). A cause de ces « *monstruosités* » souvent très sévères, les personnes dont le corps est « *handicapé* » ou « *souillé* » sont « *disqualifiées* » et inscrites dans la catégorie des « *outsiders* » (Becker, 1985) ou des « *stigmatisés* » (Goffman, 1975). Lorsque le corps devient un corps malade, handicapé, il fait aussi l'objet des croyances et des représentations sociales (Séca, 2002) particulières. Les « *castrations* » du corps dues au ver de guinée diminuent alors les potentialités des victimes qui deviennent inaptes à remplir certaines fonctions au sein de leur « *communauté* ». Autrement dit, elles se trouvent en situation du handicap. Le corps du malade, lorsqu'il devient difforme, estropié, provoque des stigmates frustrants.

#### **2- Perceptions sociales du risque, attitudes et pratiques des communautés.**

Maladie des gens pauvres, exclusivement transmise par l'ingestion d'eau stagnante contaminée par des puces d'eau parasitées. Elle touche les populations des communautés rurales déshéritées et isolées qui, pour l'eau de boisson, sont essentiellement tributaires de points d'eau en surface non aménagés tels que des mares. En effet, l'éradication de la maladie de ver de Guinée repose sur les activités de la recherche active des rumeurs, cas et infections suspects et isolement ; traitement des mares à l'Abate; distribution des filtres ; communication pour le changement de comportement, etc. Ces interventions simples ont permis d'éliminer le Ver de Guinée dans plusieurs pays. Au Tchad, les actions menées par le Programme National d'Eradication du ver de Guinée auprès des

communautés rurales ont permis d'intensifier la connaissance de la maladie par la majorité des populations des zones endémiques. Cependant, force est de souligner qu'en dépit de la connaissance (causes, signes symptômes, système de récompense, conséquences...) de la maladie du ver de Guinée par les communautés rurales, il est observé dans les zones endémiques des pratiques qui ne favorisent pas la lutte contre cette maladie. Les populations pensent que la lutte contre le ver de Guinée en milieu rural tchadien est l'affaire du programme et son partenaire qui est le centre CARTER. Adossées sur cette construction autour de la lutte contre le ver de Guinée, la majorité développe des pratiques non encouragées tel que le refus d'enterrer les boyaux de poisson afin de limiter les infections canines. Selon les propos recueillis sur le terrain, les communautés pensent que *« l'enterrement des boyaux réduit la chance d'attraper beaucoup de poisson pendant les pêches donc nous ne pouvons pas enterrer notre chance »*.

A cela s'ajoute le non-respect des consignes données par les agents de terrain notamment la non consommation de l'eau issue des fleuves et mares, la non utilisation des filtres à eau mis à leur disposition. A ce sujet, Tombeye Micheline fait constater:

*« Quand on m'a donné le filtre, j'avais utilisé mais après j'ai laissé. Nous les Sara, on ne peut pas rester sur une seule pratique. Quand tu as puisé l'eau, tu viens verser directement dans la jarre. Quand je verse dans la jarre sans tamiser, c'est sale mais je consomme, je sais que ça va me donner la maladie »*.

**Photo n° 4 : Canaries d'eau utilisés à N'Guerbéli sans filtres**



**Source : enquête de terrain, 2019**

Selon le RCS de Kassai : « *Les villageois utilisent le système de récompense instauré dans la lutte contre le ver de Guinée pour avoir de l'argent, cette pratique ne favorise pas la lutte contre le ver de Guinée* ». L'isolement des animaux infectés divise également les agents de terrain et les propriétaires des animaux. Au sujet de ces pratiques, le superviseur des agents de santé villageois fait comprendre :

*« Nous en avons assez crié sur ce point mais y'a toujours des brebis galeuses qui laissent les chiens entrés dans les mares et les mares sont infectées. C'est un peu difficile. Quand on attache les chiens qui ont des symptômes du ver de Guinée afin de mieux les contrôler, les propriétaires les détachent juste après le départ des agents et dès qu'on voit un agent venir, ils ramènent le chien à sa place ».*

### **Conclusion**

Comprendre et expliquer comment le ver de Guinée affecte le corps des animaux et humains tout en insistant sur les perceptions et pratiques des communautés vis-à-vis de ce fléau : tel a été l'objectif primordial assigné à cet article. L'analyse s'est adossée sur trois théories notamment la sociologie interactionniste (Herbert, 1950), la théorie des représentations sociales (Jodelet, 1989) et la théorie des stigmates (Goffman, 1975). Il est ressorti de cette recherche que le ver de Guinée qui se développait uniquement chez l'homme à travers la consommation des mares infectées est aujourd'hui retrouvé chez les animaux (chiens et chats) par l'intermédiaire des boyaux de poisson et autres animaux aquatiques. Cette maladie affecte gravement le corps et lui impose des «*monstruosités*» stigmatisantes. En dépit de ses multiples conséquences socio-économiques observées chez les humains (échec agricole, absentéisme scolaire) et animaux (agressivité, vol de bétails), les communautés rurales ne se sont pas encore appropriées les dynamiques institutionnelles de la lutte contre le ver de Guinée et continuent de développer des pratiques qui ne favorisent pas l'éradication de la maladie. Les corps d'animaux et humains restent très vulnérables face au ver de Guinée dans les zones endémiques au Tchad.

**Remerciements :** Nous tenons à remercier l'ensemble de l'équipe du programme National d'Eradication de Ver de Guinée au Tchad sans oublier les communautés rurales des zones endémiques qui ont participé à la production des données primaires et secondaires mobilisées dans la présente étude. Le présent article est un aspect enrichi de notre travail de thèse de Doctorat en cours à l'Université de Yaoundé I au Cameroun. Le travail a été réalisé grâce à une importante bourse offerte par l'«*Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale* » (OCEAC), soutenue par la coopération financière entre la CEMAC et le ministère de la Coopération Economique et du Développement (BMZ) de la République fédérale d'Allemagne, à travers la KfW (Banque allemande de développement).

### **Bibliographie**

- Aubry, P., Gaüzere, B.-A., (2015). *Maladies tropicales négligées*, Actualités 2015.
- Audibert, M., (1993). Invalidité temporaire et production agricole : les effets de la dracunculose dans une agriculture de subsistance ; in revue d'économie du développement, 1<sup>ère</sup> Année n° 1. Pp 23-36.
- Amanda, S. ; Barkema, H. et al., (2008). Dogs as Sources and Sentinels of Parasites in Humans and Wildlife, Northern Canada. *Emerg Infect Dis* [série sur Internet]. Jan [date citée]. Disponible sur <http://www.cdc.gov/EID/content/14/1/60.htm>
- Becker, H. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance* (trad. J.- P. Briand & J.- M. Chapoulie). Paris : Métailié. (Ouvrage original publié en 1963).
- Brunet-Jailly, J., (2004). *Conséquences économiques des maladies infectieuses*.
- Caprara, A., (2000). *Transmettre la maladie, représentations de la contagion chez les Alladian de la Côte d'Ivoire*. Paris : Karthala.
- Chippaux, J.-P., (1994). *Le Ver de Guinée en Afrique, méthodes de lutte pour l'éradication*. Paris : Orstom.
- Desgroseilliers, V., Vonarx, N., Guichard, A. et Roy, B., (2016). *La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis*. Canada : PUL.
- Grawitz, M., (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Dalloz, 11<sup>ème</sup> édition.
- Jodelet, D., (1989). *Les représentations sociales*. Paris : PUF.
- N'da, P., (2007). *Méthodologie et guide pratique du mémoire de recherche et de la thèse de doctorat*. Paris : L'Harmattan.
- N'da, P., (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines; Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. Paris : L'Harmattan.
- Nkoum, B. A. et Socpa, A., (2015). *La démarche qualité dans les soins de santé: Un défi en Afrique*. Paris : L'Harmattan Cameroun.
- Ogien, A., (2013). *Théories sociologiques de l'action*. Institut Marcel Mauss.
- Paugam, S., (2010). *L'enquête sociologique* Paris : PUF.
- PNEVG (2013). *Atelier intersectoriel de lutte contre le ver de Guinée, Rapport*.

Programme National d'Eradication de Ver de Guinée : Atelier intersectoriel de lutte contre le ver de Guinée, Rapport, 2013.

Robbie, M., (2018). *Etude de l'écologie du ver de guinée chez les chiens au Tchad*, article, 2018.



## Socio-environmental Vulnerabilities and the Recurrence of Dracunculiasis in Rural Area of Chad

Jacob Mbaihondoum<sup>1</sup>, Yves Bertrand Djouda Feudjio<sup>1</sup>, Nathalie Lando Loyem<sup>2</sup>, Tchindebet Ouakou<sup>3</sup>, Jean Nzhié Engono<sup>1</sup>

<sup>1</sup> University of Yaoundé I, Department of Sociology, Cameroon

<sup>2</sup> University of Dschang, Department of rural Socio-Economic and Agricultural Extension, Cameroon

<sup>3</sup> National Guinea Worm Eradication Program, Chad

Received: 15 Mar 2021; Received in revised form: 25 Apr 2021; Accepted: 09 May 2021; Available online: 27 May 2021

©2021 The Author(s). Published by AI Publications. This is an open access article under the CC BY license

(<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

**Abstract**— The issue of waterborne diseases, which has been at the center of scientific debate for several decades, is still relevant, especially in low-income countries. This paper garners sociological approaches to understand and explain the relationship between socio-environmental vulnerabilities, water management and the consequences of Dracunculiasis / Guinea worm disease in rural area of Chad. Data were collected from November 2019 to January 2020 in five (5) departments, namely: Aboudéïa, Barh kôh Lac Iro, Loug-chari and Mayo Lémié. The following survey techniques were used: qualitative and quantitative, with instruments such as questionnaire, interviews, life stories and direct observations. SPSS version 25 software was used to process the quantitative data ( $n = 769$ ). For the qualitative data ( $n = 50$ ), data collected through the dictaphone was transcribed then analysed using content analysis. The study used the theory of social representations (Jodelet, 1989) to analyse the phenomenon. The results indicate that 90.51% of respondents in the endemic areas were aware of the Guinea worm disease. 64.29% of respondents stated that they did not have access to potable water. The results also indicate that 84.00% of respondents travel more than 10 km to access health facilities. The eradication of Dracunculiasis is fraught with multiple vulnerabilities, including economic, environmental, educational, and health-related, which the rural communities affected by this endemic face. In addition to these bottlenecks observed at the community level, institutional difficulties have also been noted, such as the unsmooth implementation of the multisectoral approach and the inefficiency of awareness-raising strategies. The disseminated of information by agents deployed in the field does not have a considerable impact. All these factors have contributed to the recurrence of Dracunculiasis/Guinea worm disease in several villages.

**Keywords**— Socio-environmental vulnerabilities, recurrence, Dracunculiasis, rural area.

**Résumé** - La problématique des maladies hydriques, au centre des réflexions scientifiques depuis plusieurs décennies, reste toujours d'actualité, notamment dans les pays à revenu faible. Le présent article mobilise les approches sociologiques pour comprendre et expliquer le rapport entre vulnérabilités socio-environnementales, la gestion de l'eau et l'incidence de la dracunculose / ver de Guinée en milieu rural tchadien. Les données ont été collectées de novembre 2019 à Janvier 2020 dans cinq (05) départements à savoir : Aboudéïa, Barh kôh Lac Iro, Loug-chari et Mayo Lémié. Les techniques d'enquête suivantes ont été utilisées : qualitative et quantitative, avec les instruments tels que : le questionnaire, les entretiens, les récits de vie et les observations directes. Le logiciel SPSS version 25 a été utilisé pour traiter les données quantitatives ( $n = 769$ ). Pour le volet qualitatif ( $n = 50$ ), les données collectées à travers le dictaphone ont été retranscrites ensuite analysées grâce à l'analyse de contenu. L'étude a fait recours à la théorie des représentations sociales (Jodelet, 1989) afin d'analyser le phénomène. Les résultats indiquent que 90,51%

*des personnes enquêtées dans les zones endémiques connaissent la maladie du ver de Guinée. 64,29% des enquêtés ont déclaré qu'ils n'ont pas accès à l'eau potable. Les résultats indiquent également que 84,00 % des enquêtés parcourent plus de 10 km pour se rendre dans les structures sanitaires. La lutte contre la dracunculose est émaillée des vulnérabilités plurielles entre autres économiques, environnementales, éducatives, sanitaires auxquelles font face les communautés rurales victimes de cette endémie. Au-delà de ces goulots d'étranglement observés au niveau communautaire, il est également noté des difficultés d'ordre institutionnel à savoir les dysfonctionnements dans la mise en œuvre de l'approche multisectorielle mais aussi l'inefficacité des stratégies de sensibilisations. Les informations vulgarisées par les agents déployés sur le terrain n'ont pas d'impact considérable. Tous ces facteurs ont favorisé la recrudescence de la dracunculose / ver de Guinée dans plusieurs villages.*

**Mots clés**— *Vulnérabilités socio-environnementales, recrudescence, dracunculose, milieu rural.*

## I. INTRODUCTION

The relationships between socio-economic and environmental vulnerabilities, access to water and the effect of Guinea worm disease has so far been poorly understood in rural Chad. The Guinea worm disease which is a disease that affects communities living in poverty is exclusively transmitted by drinking water that has been contaminated by the larva of the parasite. It mainly affects people living in rural areas with no access to potable water and has many significant socio-economic consequences (WHO, 1996; 2010). Several countries, notably Benin (2008), Burkina-Faso (2011), Togo (2012), Niger (2014) and Ivory Coast (2014) have succeeded in eradicating Dracunculiasis thanks to simple and effective preventive measures. (WHO, 1998). However, in Chad, Dracunculiasis continues to claim victims including animals (dogs, cats) in the transmission chain. Multiple vulnerabilities, such as the lack of drinking water, inaccessibility to health facilities, and the non-existence and/or scarcity of educational centers are factors that significantly compound the eradication of Dracunculiasis in rural Chad. Indeed, strategies have been developed by international and national institutions (WHO, CARTER Center, UNICEF, PNEVG...) to eradicate the Guinea worm in Chad, (WHO, 2015).

In 2010, there was a recurrence of Dracunculiasis in Nanguigoto, in the department of Mayo Lémé; cases were subsequently observed in several villages. In 2016, 16 human beings and more than 1,000 dogs were infected. The unusual, potentially new mode of transmission between humans and animals observed since 2012 was the same in 2016, (WHO, 2018). It is seen through the sporadic and scattered occurrence of human cases from different villages each year. The increase in infections among dogs is still recorded along the Chari River basin, which is now considered a danger zone. The number of dracunculiasis infections recorded in dogs has continued to increase in rural Chad. In 2012, the number of infections increased from 27 to 55 in 2013. In 2014, it

increased from 113 cases to 503 and 1011 in 2016. In 2018, it increased from 1040 to 1935 animal infections in 2019. Yet, 47 human cases were recorded in 2019. Faced with this new cases and infections observed, the following question can be asked : what accounts for the recurrence of the Guinea worm despite the various institutional and community interventions? This sociological contribution sheds more light on the multiple factors that impede the eradication of the Guinea worm disease in Chad. The purpose of this paper is to provide an in-depth analysis of the socio-environmental vulnerabilities of rural communities in relation to the recurrence of the Guinea worm disease in endemic villages.

## II. METHODOLOGY

The sample population includes five (5) departments in Chad, all of which are Guinea worm endemic, namely: Aboudéja, Barh kôh Lac Iro, Loug-chari and Mayo Lémé. It should be noted that these departments were chosen based on their vulnerability to the disease. The population of the target area is 856.932 inhabitants according to the 2009 general population census. The study focused on people of both sexes between the ages of eighteen (18) and fifty (50). The choice of this age group is explained by the fact that these people are likely to provide evidence regarding the problem addressed, especially the relationships between socio-environmental vulnerabilities and the recurrence of Dracunculiasis in rural areas in Chad. The study used a mixed-methods approach. For the qualitative component, data were obtained from 50 semi-structured in-depth individual interviews conducted from November 2019 to January 2020 using a dictaphone. For the quantitative component, a questionnaire was administered in 769 households in Guinea worm endemic villages. The questionnaire was used to identify important aspects of the topic such as community awareness of the Guinea worm disease, access to water and health facilities, information channels, and awareness-raising actors. Targeted and repeated

observations in the field revealed institutional dysfunctions, such as the non-implementation of the multisectoral approach, which is considered a strategy for eradicating Dracunculiasis by the Chadian government. It should be noted that field data collection took into account the requirements of free participation, confidentiality and anonymity. Cultural aspects and privacies were taken into account and respected. The interviews were transcribed and analysed using content analysis. SPSS version 25 software was used to process quantitative data. In order to define the scope of the study, the social representation theory (Jodelet, 1989) and the Health Belief Model (Rosenstock, 1974) were used to understand the social constructs developed by rural communities around the Guinea worm disease.

### III. RESULTS

#### **Response strategies against Dracunculiasis in rural of Chad**

In an effort to reverse the serious socio-economic consequences of the Guinea worm disease in rural areas, the World Health Organization [WHO] has set the goal of eradicating the disease worldwide. At the behest of the WHO, Chad, as an endemic country, developed a program in 1991 in which it proposed to eradicate the disease from the entire national territory. It should be noted that this program, which was implemented by Chad in collaboration with the WHO, made it possible to obtain a national map of endemic areas. In 1992, a pilot survey was conducted, and between 1993 and 1994, a national survey was conducted by the program. Finally, additional surveys were conducted in 1995. The main strategies and interventions that were implemented to achieve the goal were : community-based epidemiological monitoring, the isolation or containment of cases, vector control based on the treatment of ponds and wells, water filtration using filter cloth, the supply potable water to endemic villages, information-education and communication, social mobilization, supervision, the burial of casings, reward system, monitoring-evaluation, etc. In order to carry out its activities on the ground, the program has focused on a multisectoral approach by including some state institutions such as the Ministry of the Interior, Education, Livestock, Water, Environment and Fisheries Resources, as well as social action in the struggle. Multi-faceted support was provided by international institutions (CARTER Center, UNICEF, WHO, etc.) so as to assist Chad in the process of eradicating Dracunculiasis (CARTER Center, 2019). The program also includes village health workers and community leaders in Guinea worm campaign. They are considered real partners of the

program as a program officer highlighted during the interview.

“The endemic community is also a partner that should not be neglected because Guinea worm disease monitoring is community-based, so it is the community members who help us to conduct monitoring in their own village on a daily basis. They are the ones who notify us of dogs’ infections and rumours’ from people. We consider them to be full-fledged members of the community”. (Interview conducted on 05/11/2019 in N'Djamena)

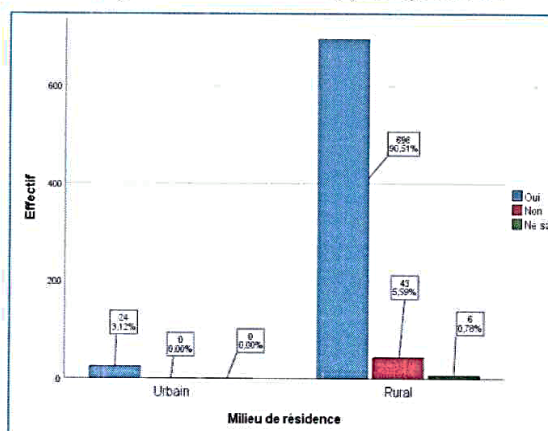
These various institutional and community interventions have enabled the program to adopt several channels for raising awareness in rural communities.

#### **Information channels and awareness raising messages**

The programme, which depends on Village Health Workers (VHWs) to facilitate Guinea worm control activities, is based on the fact that, "communities can improve their health when they are aware of its existence, when they have tools, skills and technical support to implement sustainable low-cost interventions" (MSP, 2014). Or, "those mostly exposed to the degradation of the socio-economic environment are able to analyse their own problems and participate in the research and implementation of new practices," (N'détibaye, 2004). This is where the concept of community participation derives its full meaning. Indeed, in order to reach a large number of people likely to relay information on Guinea worm eradication, the program has decided to raise awareness in public places such as markets, schools, religious places, and recreational areas since they are the best venues for the dissemination of Guinea worm eradication messages. Channels such as radio spots, video clips, posters, television, theatre and songs are used to reach out to a good number of rural populations. The main messages focus on the awareness of the Guinea worm, its causes, signs and symptoms, transmission mode and its consequences, the reward system, and casing burial. These key messages contribute to the eradication of Guinea worm disease. The strategies devised by the program have enabled communities in endemic areas to have a broad knowledge of Dracunculiasis as shown on the histogram below.



Histogram 1: Respondents distribution according to the awareness of Guinea worm disease by place of residence



According to histogram 1 above, 90.51% of the respondents said they were aware of the Guinea worm disease. This proves that the information on the awareness of Guinea worm disease disseminated through several channels has reached a large part of the population. However, there is a crucial problem because, despite the awareness of the disease, practices that do not favour the eradication of the Guinea worm disease are still observed due to the multiple vulnerabilities faced by rural communities.

#### Multiple vulnerabilities and the recurrence of Dracunculiasis cases

The concept of vulnerability is therefore sociologically complex, deep, dynamic, multidimensional, relative and temporal. For example, on the one hand, one may be vulnerable to the extent that one is subject to a risk while others are not; on the other hand, situations of vulnerability may be subject to time and space, including ecological, historical, economic, cultural, and political contexts, (RECSO, 2019). Indeed, vulnerability refers to the existence and extent of poverty and misery threat, the danger that a socially unacceptable level of well-being will be reached, (Stefan Dercon, cited in Marie Bar and al. 2011). According to Aboussad and al. (2010), vulnerable individuals are those whose autonomy, dignity, or, physical or psychological integrity, is threatened. The author adds that this vulnerability can be as a result of many factors, often combined, such as age, illness, infirmity, physical or psychological disability or pregnancy, with socio-economic contexts that can be very

different. Often considered as a disease for the poor, Guinea worm is becoming more prevalent in rural Chad with animals in the transmission chain due to the multiple vulnerabilities faced by rural populations. This paper has attempted to examine, based on field data, the different types of vulnerabilities (health structures vulnerabilities; educational structures vulnerabilities; and economic vulnerabilities) that not only impair the control of Guinea worm, but also contribute to the increase in cases and infections in endemic areas.

#### Water access issues in endemic villages

If water is an indispensable resource for human life, then it also contributes to economic development and guarantees the happiness of populations. Statistics at the international level show that, nearly one billion people in the world cannot access potable water (Mabé, 2016). Indeed, water scarcity occurs when the demand for water exceeds the quantity available during a period of time or when its poor quality leads to waterborne disease. Chad faces potable water crisis in rural areas. According to the World Bank report (2019), less than one in two children in Chad has access to potable water, only one in 10 children has access to basic sanitation, and only one in 17 children wash their hands with soap and water. But the real tragedy is the impact of this water crisis on the daily lives of poor people, who suffer from water-born [Guinea worm] diseases, live in degraded and often dangerous environments (Diatta, 2015). "Disease of the empty granary", "disease of communities living in poverty", "humiliating disease", "disabling disease", "disease of shame" ... these are the terms used to refer to the so-called "Guinea worm" disease or Dracunculiasis. In Chad, several factors and vulnerabilities contribute to the increase of Guinea worm cases in rural areas. While the eradication of the Guinea worm disease aims at promoting the consumption of clean water, communities living in rural Chad do not have access to this "blue gold". In some endemic villages such as Bogam, Dangkalakyan and Djoballa, there are no drinking water spots. The human and animal populations (domestic and wild) scramble to the few available water spots (ponds and rivers), which look polluted, thus being potential sources of disease. In this survival of the fittest, the scarcity of this natural resource, namely water, does not allow them to respect the instructions of the Dracunculiasis awareness raising agents. During the interview, one respondent stated that :

"Guinea worm disease is resistant in Chad because we are poor; we have no strength [means] so we are forced to

drink water from 'Bouda' [ponds]. If we have taps everywhere it will help us. If you are in the farm ploughing, sometimes you find water from "Bouda" [ponds] you drink and even on the road, if you find water you drink. Our country has no other means, so let them [the donors] help us with potable water and if the guinea worm continues to rage we will try to find other solutions. Otherwise we don't have any other potable water in Chad. We are still poor". (Interview conducted on 24 /11/2019 in Bâ-illi)

*Photo 1: Water from a pond drank in a rural area in Bogam*



The picture above perfectly illustrates the difficulties of accessing water in the majority of villages endemic to Dracunculiasis. The few polluted water sources are used daily in households.

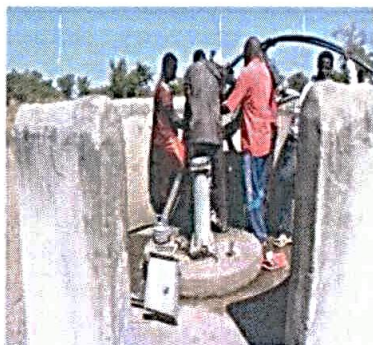
At the legal and institutional level, several texts and laws have been adopted by Chad, namely, the water code, law no.016/PR/99, promulgated on August 18, 1999, on the sector's orientation and management law, as well as the Water and Sanitation Master Plan (SDEA), adopted in

April 2003. This plan is a strategic and multisectoral framework for the sustainable development and management of Chad's water resources in order to meet the basic needs of the population and ensure the country's economic and social development, while respecting the environment. In addition, Chad is a member of the Lake Chad Basin Commission for the management of transboundary waters (SDEA, 2003). The implementation of these texts and laws could enable Chad to satisfy the population's potable water needs, but the opposite is observed in rural areas. In a report highlighting the coordination between the Neglected Tropical Diseases and WASH sectors published by the Bureau d'Expertise d'Eau-d'Assainissement de Développement et Ingénierie Sociale in December 2020, the lack of collaboration between these two sectors is mentioned :

It is noted that there is no coordination between the MTN programs and the WASH sectors in Chad. However, several meetings and discussions have taken place between the MTN coordinators, the ministry in charge of water and sanitation and UNICEF for advocacy purposes to direct the boreholes and WASH programs in their MTN service, but this has not led to any solution. In addition, the MTN coordinators decry the fact that WASH actors do not take into account MTN indicators and areas of high MTN morbidity prevalence in their actions. The lack of coordination and discussions between the NTM programs and the WASH sector should be highlighted.

Communities' living in Dracunculiasis endemic areas do not know what clean water looks like. Breakdowns and other technical problems prevent the normal functioning of some of the human-powered pumps and water towers installed in some endemic villages, as illustrated in the picture below.

Picture 2: Human-powered pump and water tower out of order in Liwi and Kyabé



Human powered pump in Kyabé

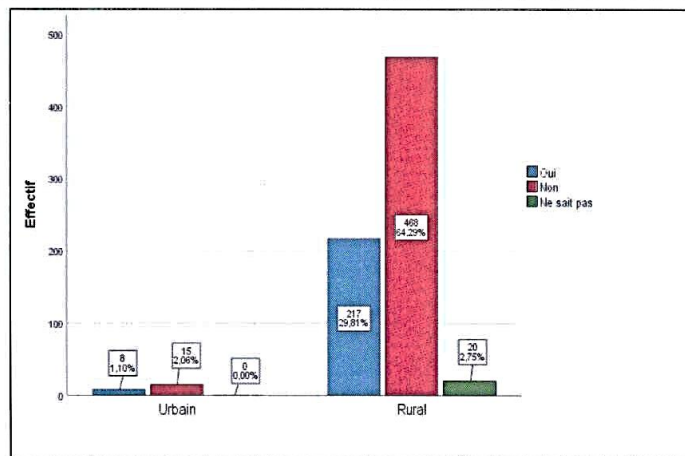


Castle in Liwi

The images above illustrate the difficulties of accessing water encountered by populations living in Dracunculiasis endemic areas. Indeed, a few times spent in the endemic villages allowed us to observe the ordeal of the

populations in terms of access to drinking water. The boreholes and water towers installed to relieve the rural communities are out of order, leaving the populations in desolation and in an obvious sanitary vulnerability.

Histogram 2: Respondents distribution according to access to sufficient drinking water in Dracunculiasis endemic areas



Access to water is mainly a problem or a real chore for rural households who sometimes have to walk thirty minutes or more to reach the nearest water point. This was observed in Bogam when the inhabitants have to fetch water from ponds such as "Birka Bogam", "Kokoro" and "Rasalfil" which supply a village of 98 households. The consumption of this pond water by the population resulted in the development of Guinea worm disease for the first time in this village, which was a new to Guinea worm control agent. Indeed, the village of Bogam was not among the villages under active monitoring by the program's agents. It was following the development of

Guinea worm disease in 23 people due to the consumption of pond water that the program deployed agents to this area.

According to the above data, 64.29% of respondents stated that they do not have access to sufficient drinking water. This can be explained by the inadequacy and absence of water points in the endemic villages on the one hand, and the repeated breakdowns of boreholes on the other. Poor water quality, lack of hygiene, malnutrition, and even nutritional deficiencies increase morbidity and mortality in humans (Lysaniuk & Tabeaud, 2015). These different

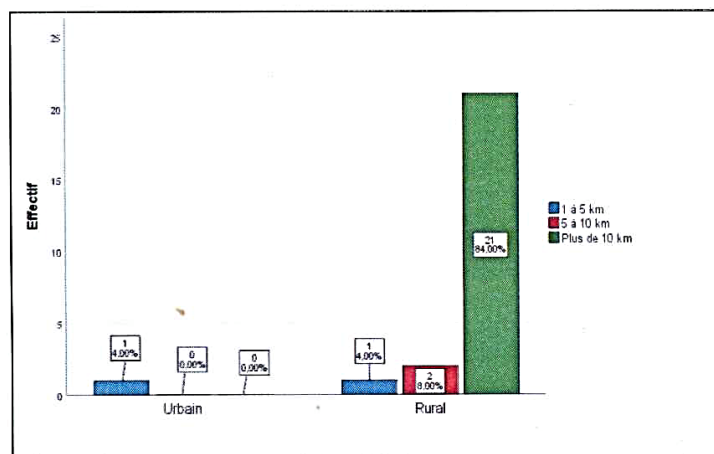
vulnerabilities are intertwined and thus create the phenomenon of co-vulnerability among rural households.

**Geographical and social accessibility of Dracunculiasis endemic villages to health structures**

Access to health care is an important dimension of the eradication of the disease, as health services are supposed to play a role of supervision, therapeutic follow-up, healing and even prevention. However, according to documentary and field observations, this access is often subject to several constraints, including geographic accessibility (Ndonky and al., 2015). Accessibility includes the location of the health service offer available in a given territory or area and the distance (or travel time) required to get there. (Olvera and al., 2011). Indeed, the majority of rural areas where Guinea worm is prevalent face geographic accessibility to health facilities issues. Sick people must travel a long distance to reach a health center with all the risks that this entails. Geographical accessibility issues are not easy to address in rural areas where the main means of transportation are on foot, bicycle, motorcycle and camel/ox. With these limited means of transportation, it is not possible for a person in a critical situation to quickly reach the health care center, (Djouada & Leumaleu-Noubissie, 2019).

During the field survey, it was also observed that health centers lacked qualified staff (case of the health center of Oulboye /Kyabé; health center of Moursal / Bâ-illi). In addition, a few more or less educated volunteers worked in the place of qualified personnel. When looking at the health centers and training in general, it appears that the technical platform has many problems related to deterioration or obsolescence and the lack of qualified personnel, (Mouliom & Batibonak, 2018). There is also a lack of necessary medicines, the technical platform as a whole does not allow for the provision of first aid in most of the villages visited leaving the rural populations in vulnerability despite the international treaties and agreements on health approved by Chad including Alma Ata (1978), Ottawa (1986) and Bamako (1987) etc. To reach the nearest health center, one has to travel 10 to 15 km, on unpaved tracks due to mud and dust (Djouada & Leumaleu-Noubissie, 2019). This situation is observed in the majority of the endemic villages surveyed. The best supply [of care] remains concentrated in urban areas and particularly in large cities within which the inability to access health facilities is theoretically multiplied by the diversity of the supply of health services, (Olvera and al., 2011).

*Histogram 3: Respondents distribution by distance travelled in Dracunculiasis endemic areas to reach health centers*



According to the respondents, the distance travelled to reach the health centers in rural areas is an obstacle to the treatment of their illness. According to the data from the field, 84% of respondents stated that they travel more than 10 km to reach health facilities. The difficulties related to transport and distance are likely to encourage not only the practice of self-medication but also the use of traditional medicine or even the "new soul savers" in isolated areas. The difficult access to health centers has a considerable

impact on the treatment of patients. In spite of the difficult access to health facilities that rural communities face, other significant factors, notably the lack of educational facilities, add to their suffering.

**The difficult access to educational centers in Dracunculiasis endemic villages**

Access to education for all was hammered through numerous United Nations conferences such as the "World Declaration on Education for All" in 1990 and the "Dakar

Framework for Action" in 2000. The 2030 Sustainable Development Goals include access to quality education, ensuring that all people have access to education and promoting equitable quality learning opportunities throughout life (UNICEF, 2015). Indeed, the application of the instructions for the eradication of Guinea worm relayed by village health workers through awareness-raising would be beneficial if rural populations are educated. However, it was found that most people living in endemic areas do not have the level of education required to understand the importance of being informed of the Guinea worm. There are no educational centers in most of the villages affected by Guinea worm. Some information brought by the program team in the field does not have a considerable impact because of mass illiteracy. In this regard, the analysis made by Mbaihondoum (2016) corroborates this idea. In a study conducted on the use of tractors in East Tandjilee, the author found and revealed that the majority of farmers cannot read or write. In the absence of an acceptable level of education, they find it difficult to keep with the technical itinerary. In rural areas of Chad, many households are still not enrolled in school, which makes it more difficult for them to access awareness-raising programs that are being disseminated.

#### **Consequences of Dracunculiasis on rural populations**

Although the disease is rarely fatal, Dracunculiasis is nevertheless a serious public health problem. It also constitutes a major obstacle to the socio-economic development of endemic rural communities because of the long period of total but temporary disability suffered by the sick (WHO, 1998). In countries [Chad] where the disease is prevalent, the economic consequences are a heavy burden for the affected rural populations. According to the WHO (2012), the cost of low school attendance and income loss for individuals and the community can be very high. Indeed, the pain due to this is sometimes so intense that those affected are forced to abandon their daily activities. The disease greatly disrupts household life, as mothers are unable to care for their children, prepare meals, and take care of the house. Infected men and women can no longer work in the farm and will have nothing to harvest at the end of the growing season. The Dogon people of Mali refer to the infection as "empty granary disease," (Aboubacar, 2004). During the period when Guinea worm is most prevalent, many children are affected and are unable to attend school.

The rate of absenteeism in primary and secondary schools is very high. This problem is sometimes so severe that some schools have to close for the whole year because of a lack of able-bodied students. Other serious infections often occur in addition to Guinea worm disease. When the

blister ruptures, a wound that is often exposed to contamination by various germs is formed. If tetanus infection or severe sepsis occurs, the affected person may become disabled or even die. The economic consequences of Dracunculiasis, according to Chippaux and al (1992), are difficult to assess because a large part of household income is still in food products with a less representative commercial value which does not take the working time in account. It is customary to say that "health has no price" (Mouliom & Batibonak, 2018), but "the Guinea worm has taken everything" because, when dogs infected with Guinea worm are tied for a long time, it favors and increases the theft of livestock in certain endemic villages, as confirmed by this respondent:

"In some endemic villages where infected dogs are tied, hyenas have taken many goats from the people, while thieves take advantage of this opportunity to steal cattle and other material goods in rural areas". (Interview conducted on 15 /11/2019 in Bousso)

#### **IV. DISCUSSION**

The objective of this script was to analyse the socio-environmental vulnerabilities related to the prevalence of Dracunculiasis in Chad. The data analysed showed that the eradication of the Guinea worm disease in rural Chad is fraught with economic, environmental, educational and health challenges, thus increasing the number of cases and infections in endemic areas. The issue of access to potable water remains a major challenge for the National Guinea Worm Eradication Program. These results corroborate those of Mabé (2016), who states that, in Africa, despite all the efforts made over the past several decades, even the most water-rich countries have not yet managed to tap their hydrological potential in order to ensure an adequate supply of water to their populations. To face this challenge and to address the issue of potable water supply, a new sustainable management policy is absolutely imperative. In addition to these difficulties observed at the community level, there are institutional problems, notably the unsmooth implementation of the multisectoral approach and the ineffectiveness of the strategies implemented to raise awareness. As a result, communities are "poorly structured", "poorly informed" and "poorly sensitized" (Djouda, 2018). From what we got from the field :

"At the beginning of the program, we trained quite a few health agents on

monitoring activities especially in endemic areas, but when you come for supervision six months later, you find new ones. We have moved all these agents that you have trained elsewhere, sometimes in areas that are not Guinea worm disease endemic, and this is somewhat problematic". (Interview conducted on 05/11/2019 in N'Djamena)

Regarding these institutional failures, conclusions arrived at by Tesser and al (2004, 102) in a study conducted on the state's responses: "Too often, stakeholders put up with providing some information on health issues, assuming that this will be enough to change behaviour. Whereas it is not the case".

According to Hours (2001), the health situation in so-called developing countries is usually subject of critical assessments. Many elements are used, in a recurrent way, to explain the gap between the funds invested in the improvement of the health of the populations, and the results obtained. The results of this article also corroborate those of Desgroseilliers and al (2016: 113), when they conclude in a similar study that: "Africa experiences the triple burden of communicable, non-communicable and socio-behavioural diseases, to which are added illiteracy, poverty and underdevelopment". In other words, this continent is at the bottom of all health and development indicators. Faced with the recurrence of Dracunculiasis, the Chadian government and its partners must focus not only on Guinea worm but also take into account the numerous fundamental problems of development or well-being, including Access to drinking water, educational and health centers, which are the sine qua non conditions for the eradication of Dracunculiasis as it was the case in several endemic countries, but which have succeeded in eradicating this endemic disease known as "empty granary", (Coulibaly, 2012).

## V. ACKNOWLEDGEMENTS

We would like to thank the entire team of the National Guinea Worm Eradication Program without forgetting the rural communities of the endemic areas that participated in conducting this study. The study was carried out with funding from the Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies en Afrique Centrale (OCEAC), based on financial cooperation between the **Commission of the Economic and Monetary Community of Central**

**Africa** (CEMAC) and the Ministry for Economic Cooperation and Development (BMZ) of the Federal Republic of Germany, through the KfW (German Development Bank).

## VI. ETHICAL CONSIDERATIONS

This research focused on the behaviour of social actors. It did not include the clinical handling of samples in the laboratory. It did not ethically endanger any human or animal life. The research protocol was approved by the National Bioethics Committee of Chad ; No. 175 / PR / MESRI / SG / CNBT / 2019 of 10/09/2019. Field data collection took into account the requirements of free participation, confidentiality and anonymity. Cultural aspects and privacy were considered and respected. All persons contacted were informed of the purpose of the study and its aim, and prior oral permission was required to ensure voluntary participation.

## REFERENCES

- [1] Aubry, P. & Gaüzere, B. (2015). Maladies tropicales négligées, Actualités.
- [2] Audibert, M. (1993). Invalité temporaire et production agricole : les effets de la dracunculose dans une agriculture de subsistance ; in revue d'économie du développement.
- [3] Aboubacar, O. (2004). Aspects épidémiologiques et préventifs de la dracunculose dans la région de Gao de 2003 à 2004, thèse de doctorat, Université de Bamako faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.
- [4] Brunet-Jailly, J. (2004). Conséquences économiques des maladies infectieuses.
- [5] Becerra, S. & Roussary, A. (2008). Gérer la vulnérabilité de l'eau potable : une action publique désengagée ? Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-natures-sciences-societes-2008-3-page-220.htm> ; consulté le 25/05/2020 à 14h.
- [6] Bar, M. Penot, E. & Benz, H. (2011). Indicateurs de vulnérabilité, résilience durabilité et viabilité des systèmes d'activité au Lac Alaotra, Madagascar Définition des concepts, Rapport.
- [7] Bureau d'Expertise d'Eau-d 'Assainissement de Développement et Ingénierie Sociale, (2020). Analyse du paysage pour l'assainissement, l'eau et l'hygiène (Wash) et la planification des maladies tropicales négligées (MTN) programme ASCEND-Tchad ; rapport, décembre.
- [8] Coulibaly, M. (2012). La dracunculose dans la région de Gao : historique, épidémiologie et stratégies d'éradication (1er Janvier 1995-31 Décembre 2010), Université des sciences, des techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, thèse de doctorat.
- [9] Banque Mondiale. (2019). Tchad Note sur le secteur de l'eau et de l'assainissement, Rapport.

- [10] Chippaux, JP. (1994). Le Ver de Guinée en Afrique, méthodes de lutte pour l'éradication. Paris : Orstom.
- [11] Desgroseilliers, V. Vonarx, N. Guichard, A. et Roy, B. (2016). La santé communautaire en 4 actes. Repères, acteurs, démarches et défis, Canada, Presse Universitaire de Laval, 2016 ;
- [12] Djouda Feudjio, YB. & Leumaleu-Noumbissie, U. (2019). Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun ; Caisse nationale d'assurance vieillesse « Gérontologie et société » ; 2019/1 vol. 41 / n° 158 ; pp 41 à 55 ; Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2019-1-page-41.htm> ;
- [13] Diatta, A. (2015). Contraintes et facteurs de vulnérabilités et de crises liés à l'eau, mémoire de master en Géographie, UCAD (institut des sciences de l'environnement).
- [14] Hours, B. (1984). Demande d'assistance et droit de protection : insécurité sociale et stratégies sanitaires au Cameroun ; Sciences Sociales et Santé - vol. II - no 3-4 - octobre 1984 ;
- [15] Hours, B. (2001). Système et politique de santé ; De la santé publique à l'anthropologie, Paris, Karthala.
- [16] Jodelet, D. (1989). Les représentations sociales. Paris, PUF.
- [17] Lysaniuk, B. & Tabeaud, M. Les santés vulnérables des Suds ; Belin | « L'Espace géographique » 2015, pp 229-244 ; Article disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-espace-geographique-2015-3-page-229.htm> ;
- [18] Mouliom Mounbakou, I. & Batibonak, S. (2018). Décentralisation et santé en Afrique : enjeux et stratégies des acteurs, édition Cheikh Anta Diop.
- [19] Mbaihondoum, J. Mécanisation de la production agricole en milieu rural et sécurité alimentaire au Tchad : perceptions et usages des tracteurs par les paysans de la Tandjilé-Est, mémoire de master en sociologie ; Université de Yaoundé I.
- [20] Mimché, H. & Djouda Feudjio, YB. (2018). Famille et santé en Afrique, regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin, Paris, l'Harmattan.
- [21] Ministère de la santé publique. (2014). Stratégie nationale de santé communautaire, Rapport.
- [22] Ndonky, A. Oliveau, S. Laiou, R. & Dos Santos, S. (2020). Mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar, Cybergeog : European Journal of Geography [En ligne], Cartographie, Imagerie, SIG, document 751, mis en ligne le 07 décembre 2015, URL <http://journals.openedition.org/cybergeog/27312> ; DOI : 10.4000/cybergeog.27312 ;
- [23] N'detibaye, A. « Fréquentation des centres de santé en milieu rural tchadien. Analyse comparative des centres de santé du district sanitaire de Bousso dans le Chari Baguirmi », thèse de doctorat en sociologie, Université de Bordeaux 2.
- [24] Obrist, B. (2006). Risque et vulnérabilité dans la recherche en santé urbaine ; la revue électronique en sciences de l'environnement [En ligne], Hors-série 3 | décembre 2006, mis en ligne le 20 décembre 2006, URL : <http://journals.openedition.org/vertigo/1483>.
- [25] Ofouémé-Berton, Y. (2013). « L'approvisionnement en eau des populations rurales au Congo Brazzaville », Les Cahiers d'Outre-Mer [En ligne], 249 | Janvier-Mars 2010, mis en ligne le 01 janvier 2013, consulté le 31 Mars 2021 à 00h 22mn. URL : <http://journals.openedition.org/com/5838> ; DOI : 10.4000/com.5838.
- [26] OMS. (1998). Septième conférence régionale africaine sur l'éradication de la dracunculose, rapport préliminaire.
- [27] OMS. (1996). Critères de certification de l'éradication de la dracunculose, rapport.
- [28] OMS. (2010). Agir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées : Premier rapport sur les maladies tropicales négligées, rapport.
- [29] OMS. (2018). Les maladies tropicales négligées, rapport.
- [30] Programme Alimentaire Mondiale. (2011). Analyse globale de la vulnérabilité, de la sécurité alimentaire et de la nutrition en République du Sénégal, Rapport.
- [31] Programme National d'Eradication de Ver de Guinée. (2013). Atelier intersectoriel de lutte contre le ver de Guinée, Rapport.
- [32] Revue Camerounaise de Sociologie (2019). vol.1 n° 01. La vulnérabilité sociale en débat au Cameroun ; approche et interrogations sociologiques plurielles, L'Harmattan.
- [33] Rosenstock, M. (1974). the Health Belief Model and Preventive Health Behavior ; <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- [34] Schéma Directeur de l'Eau et de l'Assainissement du Tchad. (2003), Rapport.
- [35] Tessier, S. Jean Baptiste, A. & Ribeiro, M. (2004). Santé publique, santé communautaire, Editions Maloine, Paris.
- [36] UNICEF. (2015). Les Objectifs de Développement Durable (ODD) de qualité dans des conditions équitables tout au long de la vie, rapport.
- [37] [https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk02u5Nq5MV300IkrC8bnebejD9aEhA:1591829761461&q=Vuln%C3%A9rabilit%C3%A9+des+personnes+%C3%A2%3%A9es+au+Cameroun+:+formes+et+facteurs+Willy+Adrien+YAKAMI+Yves+CARRI%C3%88RE2,+Thomas+LEGRAND2&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwi66eX7a\\_jpAhXhXRUIHYsEDgOOBSgAegOJARAo&btw=1366&bih=654](https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&sxsrf=ALeKk02u5Nq5MV300IkrC8bnebejD9aEhA:1591829761461&q=Vuln%C3%A9rabilit%C3%A9+des+personnes+%C3%A2%3%A9es+au+Cameroun+:+formes+et+facteurs+Willy+Adrien+YAKAMI+Yves+CARRI%C3%88RE2,+Thomas+LEGRAND2&spell=1&sa=X&ved=2ahUKEwi66eX7a_jpAhXhXRUIHYsEDgOOBSgAegOJARAo&btw=1366&bih=654) ;

<b>TABLE DE MATIERES</b>
--------------------------

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS .....	ii
Partenaires techniques et financiers .....	iii
SOMMAIRE .....	iv
SIGLES .....	v
ACRONYMES.....	vii
LISTE DES ILLUSTRATIONS .....	viii
RESUME.....	xi
ABSTRACT .....	xii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	2
II- PROBLEME DE RECHERCHE.....	4
III- REVUE DE LITTERATURE ET PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE.....	5
III.1. Politiques de santé et systèmes de santé .....	5
III.2. Représentations des maladies et croyances étiologiques .....	12
III.3. Offres, demandes et recours thérapeutiques .....	16
IV- QUESTIONS DE RECHERCHE.....	19
IV.1. Question principale de recherche.....	19
V- HYPOTHESE DE RECHERCHE.....	20
V.1. Hypothèse centrale .....	20
VI. CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE .....	21
VI.1. Cadre théorique.....	21
VI.1.1. La sociologie interactionniste .....	21
VI.1.2. La théorie des représentations sociales .....	22
VI.1.3. Le modèle des croyances relatives à la santé / Health Belief Model .....	23
VII. Cadre social et spatial de l'étude .....	24
VIII. COLLECTE DES DONNEES .....	25
VIII.1. Collecte des données qualitatives .....	26
VIII.2. Collecte des données quantitatives .....	26
IX. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES QUALITATIVES .....	27
IX.1. Recherche documentaire.....	27
IX .2. Observation directe .....	27



IX.3. Entretien.....	28
IX.4. Groupe de discussion.....	28
IX.5. Récits de vie.....	29
X. TECHNIQUE DE COLLECTE DES DONNEES QUANTITATIVES.....	30
X.1. Questionnaire.....	30
X.2. Echantillonnage.....	30
X.3. Echantillonnage pour le volet quantitatif de l'étude.....	31
X. 4. Echantillonnage pour le volet qualitatif de l'étude.....	32
X.5. Analyse des données.....	33
XI. DEFINITION DES CONCEPTS OPERATOIRES.....	34
XII. MODELE D'ANALYSE DE LA THESE.....	37
XIII. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	39
XIV. PLAN DE REDACTION.....	40
PREMIERE PARTIE.....	41
RE-EMERGENCE DES MALADIES TROPICALES NEGLIGEEES.....	41
( CAS DU VER DE GUINEE ) ET RIPOSTES NATIONALES ET INTERNATIONALES.....	41
CHAPITRE I : RÉ-ÉMERGENCE DU VER DE GUINÉE : ANALYSE HISTORIQUE ET SITUATIONNELLE DE SON ÉPIDÉMIOLOGIE EN CONTEXTES GLOBAL / INTERNATIONAL ET LOCAL.....	43
I.1 Causes, symptômes et manifestations biomédicales du ver de Guinée.....	43
I.1.1 Causes du ver de Guinée.....	43
I.1.2. Symptômes et manifestations.....	46
I.2. Situation historique du ver de Guinée à travers le monde.....	49
I.3. Etat des lieux du ver de Guinée à travers le monde.....	51
I.4. La Situation épidémiologique et historique du Ver de Guinée en Inde.....	53
I.5. Situation épidémiologique du ver de Guinée au Pakistan.....	54
I.6. Situation historique et actuelle du ver de Guinée en Afrique.....	55
I.7. Situation épidémiologique de la dracunculose au Mali.....	55
I.8. Situation épidémiologique de la dracunculose en Ethiopie.....	56
I.9. Programme d'éradication du ver de Guinée du Soudan du sud.....	58
I.10. Eradication de la dracunculose en Afrique.....	59
I.11. Programme d'éradication du ver de Guinée du Cameroun.....	60
I.12. Programme d'éradication du ver de Guinée du Niger.....	61
I.13. Programme d'éradication du ver de Guinée du Burkina Faso.....	62

I.3. Situation historique et actuelle du ver de Guinée au Tchad .....	63
I.3.1. Création du programme national d'éradication du ver de Guinée.....	63
I.3.2. Le Ver de Guinée comme une Maladie Tropicale Négligée recrudescence au Tchad...	65
I.3.3. Facteurs de risque et de vulnérabilité au Tchad .....	68
I.3.4. Les principales zones endémiques au Tchad .....	72
I.3.5. Situation épidémiologique dans chaque village endémique .....	74
Tableau n° 6 : Statistiques de la maladie du Ver de Guinée par Délégation sanitaire de 2010 à 2019.....	74
I.3.6. Situation ou position des villages non endémiques .....	76
I.3.7. Situation épidémiologique du ver de Guinée chez les humains .....	77
I.3.8. Relations entre le ver, l'humain et les animaux.....	78
I.3.9. Relations entre les mobilités humaines et la propagation du ver de Guinée .....	79
<b>CHAPITRE II : RIPOSTES INSTITUTIONNELLES, NATIONALES ET INTERNATIONALES DE LUTTE CONTRE LE VER DE GUINÉE AU TCHAD .....</b>	<b>82</b>
II.1. Le Programme National d'Eradication de Ver de Guinée au Tchad .....	82
II.1.1. Création .....	82
II.1.2. Objectifs principaux .....	82
II.1.3. Orientations- Stratégies/activités.....	84
II.1.4. Formation / recyclage des agents .....	85
II.1.5. Surveillance épidémiologique à base communautaire .....	85
II.1.6. Isolement et prise en charge des cas.....	86
II.1.7. Vulgarisation de l'utilisation du tissu-filtre .....	87
II.1.8. Approvisionnement en eau potable .....	91
II.1.9. Information-Education-Communication pour le Changement de Comportement (IEC) .....	94
II.1.10. Lutte anti-vectorielle / traitement des mares à l'Abate .....	95
II.1.11. Situation épidémiologique du Ver de Guinée chez les animaux.....	98
II.1.12. Attachement prolongé des chiens et chats contre le Ver de Guinée .....	100
II.1.13. Enterrement des boyaux de poissons contre le ver de Guinée .....	102
II.1.15. Les stratégies ou moyens de dépistage.....	110
II.1.16. Les stratégies ou moyens de contrôle.....	111
II.1.17. Les stratégies ou moyens de traitement.....	112
II.2. Les stratégies et moyens de communication (sensibilisation des malades, des soignants, des communautés) sur les questions de la dracunculose .....	113

II.2.1. Les stratégies et moyens de communication .....	113
II.2.2. Les canaux utilisés par le PNEVG pour la sensibilisation de masse .....	114
II.2.2.1. Spot radio.....	114
II.2.2.2. Crieur public.....	119
II.2.2.3. Chanson .....	120
II.2.2.4. Chanson sur le ver de Guinée / version en Français.....	121
II.2.2.5. Troupe théâtrale .....	123
II.2.2.6. Affiche .....	124
DEUXIEME PARTIE :.....	128
REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE ET ITINÉRAIRES THÉRAPEUTIQUES DES MALADES DU VER DE GUINÉE AU TCHAD .....	128
CHAPITRE III : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU WASH CHEZ LES POPULATIONS DES ZONES ENDEMIQUES DE LA DRACUNCULOSE.....	130
III.1. Connaissances reçues sur la maladie du ver de Guinée.....	130
III.2. Pratiques du WASH ( eau, hygiène et assainissement) dans les communautés endémiques du ver de Guinée.....	137
III.2.1. Les pratiques liées à l'eau .....	138
III.2.2. Les pratiques liées à l'hygiène .....	140
III.2.3. Les pratiques liées à l'assainissement.....	143
III. 3. Messages clés reçus sur la maladie et le WASH .....	145
III. 4. Canaux d'informations connus par les communautés .....	159
III. 5. Principaux informateurs sur la maladie .....	163
III. 6. Stratégies de la communication pour le changement de comportement menées au cours des interventions .....	164
CHAPITRE IV : CROYANCES SOCIALES, VECU DE LA MALADIE ET ITINÉRAIRES THERAPEUTIQUES.....	167
IV.1. Croyances sociales autour du ver de Guinée.....	167
IV.2. Perceptions du risque lié au ver de Guinée en communautés .....	169
IV.3. Valeurs culturelles .....	169
IV.7.1. Malades du ver de Guinée .....	173
IV.7.2. Réseaux de support ou socio-familial.....	173
IV.8. Contagion collective du ver de Guinée .....	176
IV.9. Offres des soins relatifs à la prise en charge du ver de Guinée.....	182
IV.10. Demande des soins et observance thérapeutique des communautés.....	184

IV.10. 1. Demande des soins .....	184
IV.10. 2. Observance thérapeutique.....	184
IV.11. Accessibilité (géographique, économique, socioculturelle...) aux soins contre le ver de Guinée.....	186
IV.11. 1. Accessibilité géographique .....	186
IV.11. 2. Accessibilité financière.....	191
IV.11. 3. Accessibilité sociale, culturelle .....	192
IV.12. Pratiques et itinéraires thérapeutiques des malades et communautés .....	193
IV.13. Maladie du ver de Guinée, stigmates, image de soi et recours au traitement .....	194
IV.13.1. Maladie du ver de Guinée.....	194
IV.13.2. Stigmates.....	194
IV.13. 3. Image de soi.....	196
IV.13.4. Recours au traitement .....	196
TROISIEME PARTIE.....	199
DYNAMIQUES INSTITUTIONNELLES ET LOGIQUES COMMUNAUTAIRES FACE À LA DRACUNCULOSE : UNE ANALYSE SOCIOCRIQUE .....	199
CHAPITRE V : ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET LUTTE CONTRE LE VER DE GUINEE : REALITES ET DYSFONCTIONNEMENTS .....	201
V.1. La participation communautaire dans le champ de la santé : considérations théoriques et enjeux.....	201
V.2. Eclairage théorique du concept de participation communautaire.....	202
V.3. La participation communautaire comme pilier de la politique des soins de santé primaires .....	205
V.4. L'enjeu de la participation communautaire en milieu rural.....	208
V.4.1. Les acteurs clés de la participation communautaire et leurs responsabilités .....	208
V.4.1.1. Les acteurs institutionnels et internationaux .....	209
V.4.1.2. Les populations et les comités.....	209
V.4.1.3. Le Comité de développement.....	210
V.4.1.4. Le Comité de Santé (COSA).....	211
V.4.1.5. Le Comité de Gestion.....	213
V.4.1.6. Le comité de référence .....	218
V.4.1.7. Le personnel de santé .....	220
V.5. Réalités de l'engagement communautaire dans le champ de la santé au Tchad .....	221
V.5.1. Une participation manquée ou mitigée des acteurs institutionnels (l'Etat).....	222

V.5.2. Acteurs collectifs et participation aux activités de santé (lutte contre le ver de Guinée).....	223
V.5.3. Les obstacles et contraintes d'une véritable participation communautaire en milieu rural, le siège de la pauvreté .....	224
V.5.4. Des contraintes liées à la place prépondérante d'une pluralité de croyances étiologiques et d'itinéraires thérapeutiques .....	225
V.5.5. Les difficultés du dialogue communautaire en milieu rural .....	226
V.5.6. Le manque des ressources infrastructurelles et humaines mobilisables et ses conséquences sur la mobilisation collective .....	226
V.5.7. Des contraintes et résistances liées à la gratuité des services communautaires	228
<b>CHAPITRE VI : CONTRAINTES A L'ERADICATION DU VER DE GUINEE ET RESILIENCES DES COMMUNAUTES/MALADES .....</b>	<b>231</b>
VI.1. Contraintes et goulots d'étranglement à l'éradication du ver de Guinée au Tchad .	231
VI.2. Goulots d'étranglement liés à la disponibilité des ressources .....	231
VI.3. Goulots d'étranglement liés à l'accessibilité aux ressources .....	234
VI.4. Goulots d'étranglement liés à l'acceptabilité des ressources .....	235
VI.5. Contraintes liées à la crise du système de santé .....	235
VI.6. Contraintes liées à la faible mobilisation de l'approche multisectorielle ou intégrée	238
VI.7. Contraintes liées à la non mobilisation de la Communication pour le Développement (C4D).....	247
VI.8. Contraintes liées aux communautés .....	248
VI.9. Contraintes liées à la Vulnérabilité sociale en milieu rural et des zones endémiques au ver de Guinée.....	249
VI.10. Différentes formes de résiliences observées chez les acteurs et communautés .....	250
VI.11. Le bilan du PNEVG : perception de la lutte contre la dracunculose au Tchad .....	250
VI.12. Le profil socioprofessionnel des responsables .....	252
VI.13. Les craintes et les souhaits des différents acteurs de lutte contre le ver de Guinée au Tchad .....	253
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>254</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>254</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>ccliv</b>