

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

**Centre de Recherche et de
Formation Doctorale en Sciences
Sociales et Éducatives**

**Unité de Recherche et de
Formation Doctorale en Sciences
Humaines et Sociales**

Département d'Anthropologie



**Post Graduate School for
Social and Educational
Sciences**

**Doctoral Research Unit for
Human and Social sciences**

Department of Anthropology

**PERSISTANCE DES PATHOLOGIES TROPICALES
ET MALADIES CULTURELLES AU CAMEROUN :
CAS DE L'ONCHOCERCOSE
CHEZ LES BAMOUN À L'OUEST**

**Thèse présentée en vue de l'obtention du DOCTORAT/Ph. D
en Anthropologie**

Spécialisation : Anthropologie Médicale

Par

Moustapha Mohamed NSANGOU, Matricule N° 08J363,

Master en Anthropologie

JURY

Président :	MBONJI EDJENGUÈLÈ	Professeur,	Université de Yaoundé 1
Rapporteur :	SOCPA Antoine	Professeur,	Université de Yaoundé 1
Membres :	MEBENGA TAMBA Luc	Professeur,	Université de Yaoundé 1
	NDZANA Bertrand Ignace	Professeur,	Université d'Ebolowa
	DELI TIZE Teri	Maître de Conférences,	Université de Yaoundé 1

13 Décembre 2024



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de son utilisation.

Par ailleurs, le Centre de Recherche et de Formation Doctorale en Sciences Humaines, Sociales et Educatives de l'Université de Yaoundé 1 n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.

À
ma mère, MAMBOUNE Sabiatou, de regretée mémoire

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été possible grâce aux contributions de plusieurs personnes à qui nous tenons à exprimer notre gratitude.

Nos remerciements vont d'abord au Professeur Antoine SOCPA qui, malgré ses multiples occupations, a accepté de diriger ce travail. Ses conseils et ses critiques constructives ont permis l'aboutissement de cette thèse.

Nous remercions également le Professeur Paul Abouna, chef de Département d'Anthropologie de la Faculté des arts lettres et sciences humaines de l'Université de Yaoundé 1 pour ses enseignements et les facilités administratives pour l'aboutissement de ce travail.

Nos remerciements vont aussi à l'endroit des enseignants du Département d'Anthropologie, qui ont contribué à notre formation. Nous pensons aux Professeurs Paul Nchoji Nkwi, Mbonji Edjenguèlè, Luc Mebenga Tamba, Pierre François Edongo Ntede, Paschal Kum Awah, Paul Otye Elom, Deli Tize et le Dr. Antoinette Ewolo Ngah. Nous avons également une pensée pour le Pr. Godefroy Ngima Mawong, Dr. David Nkweti et les enseignants Charles Martel Aoudou, Jean-Marie Essomba, Célestin Ngoura de regrettée mémoire.

Notre reconnaissance va à l'endroit de tous nos informateurs pour leur disponibilité et leur volonté à fournir les informations nécessaires à la rédaction de ce travail.

Le laboratoire de recherche CASS-RT (Center for Applied Social Sciences – Research Training) a été un repère d'encadrement scientifique et un espace de discussions constructives pendant l'élaboration de cette thèse. Nous remercions ses membres et aînés académiques. Nous pensons ainsi au Pr. Djouda Fodjo, Dr. Roméo Tchanga D., Dr. Moïse Tamekem, Dr. Christelle Anaba, M. Léonel Péya, et M. Christian Ndiffou.

Nous remercions particulièrement monsieur Nkouongnam Inoussa et sa famille pour leur soutien inestimable et leurs conseils. Papa je ne trouve pas les mots pour exprimer ma gratitude. Ce travail n'aurait sans doute pas été accompli sans ton soutien. Je te dis infiniment Merci.

Qu'il nous soit permis de remercier nos frères, sœurs et amis : Dr. Abdou Aziz Njoya, Gérard Mfochivé Ndam, Ismaëla Mounchili, Moussa Njoya, Maïlinda Ngougoure, Hamed Ndam, Florette Kenne, Ali Njimoké Tapche, Nadine Nzié Pasma, Mouhamed Njiayouom, Aïchetou Nzeket, Rodrigue Ibrahim Mvuh, Ibrahim Mfombié, Mouhamed A. Ngouloure, Souad Nsangou P. pour leurs encouragements.

Nous n'oublions pas de remercier l'ensemble des membres de l'ANECLYF (Association des Anciens élèves du C.E.S-Lycée de Foumban) pour leur soutien pendant la réalisation de cette thèse.

Nous exprimons également notre gratitude à tous ceux qui nous ont apporté leur soutien moral, financier et matériel. Il s'agit particulièrement de notre papa Moussa Mboumbouo, Dr. Chuaïbou Mounmom, Adija Mache, Oumarou Nsangou, Amadou Nsangou, Mamadou Moulioum, Youssouf Mefire, Ismael Mofen, Mariama Mboumage, Assana Membouot, Ibrahim Kpoujempouo, Idrissou Nghuensen, Maïmounati Feteyou. Une pensée pour Nji Salifou Forain, Nji Ndam Saïdou, Nji Ibrahim Fopare, de regrettées mémoires.

À tous ceux qui se sont rendus utiles pour la réalisation de cette thèse, qu'ils reçoivent ici l'expression de notre profonde gratitude.

SOMMAIRE

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	iv
LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES	v
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1: MONOGRAPHIE DES SITES DE L'ÉTUDE : FOUMBOT, KOUOPTAMO ET MASSANGAM	31
CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE, CADRE THÉORIQUE ET ÉLABORATION DES CONCEPTS	72
CHAPITRE 3: PERCEPTIONS DES POPULATIONS EN RAPPORT AVEC LA PERSISTANCE DE L'ONCHOCERCOSE CHEZ LES BAMOUN DU NOUN	121
CHAPITRE 4: PRÉVENTION DE L'ONCHOCERCOSE DANS LES COMMUNAUTÉS BAMOUN DE FOSSET, KOUOPTAMO ET MASSANGAM.....	153
CHAPITRE 5 : IMPLICATION DES DISTRIBUTEURS COMMUNAUTAIRES : STRATÉGIES ALTERNATIVES DANS LA LOCALITÉ DE MASSANGAM.....	207
CHAPITRE 6 : FACTEURS EXPLICATIFS DE LA PERSISTANCE DE L'ONCHOCERCOSE CHEZ LES BAMOUN DE KOUOPTAMO, MASSANGAM ET FOSSET	246
CHAPITRE 7: PERSPECTIVES D'INTERPRETATIONS DES PRATIQUES CULTURELLES LIÉES À LA PERSISTANCE DE L'ONCHOCERCOSE CHEZ LES BAMOUN DE KOUOPTAMO, MASSANGAM ET FOSSET	281
CONCLUSION GÉNÉRALE	314
BIBLIOGRAPHIE	322
INDEX	346
ANNEXES	xi
TABLE DES MATIÈRES	361

LISTE DES ILLUSTRATIONS

• Cartes

Carte 1: Épidémiologie de l'onchocercose dans le monde et état de chimioprévention.....	7
Carte 2: localisation de la région de l'Ouest sur la carte du Cameroun	32
Carte 3: localisation du département du Noun dans la carte de la région de l'Ouest.....	33
Carte 4: localisation des arrondissements de Kouoptamo, Foumbot et Massangam dans la carte du département du Noun	34

• Photos

Photo 1: Affiche de sensibilisation et d'information sur la maladie	128
Photo 2: Salle de formation des formateurs au niveau régional à Bafoussam	160
Photo 3: Projection d'une diapositive lors de la formation au niveau régional à Bafoussam	161
Photo 4: Formation des DC dans l'aire de santé de Njindoun à Kouoptamo.....	163
Photo 5 : registre communautaire de traitement de l'onchocercose et de la filariose lymphatique	202
Photo 6 : guide de l'utilisateur du registre	203
Photo 7 : Stagiaires distributeurs communautaires	231

• Tableaux

Tableau 1: Prévalence de l'onchocercose dans quelques régions au Cameroun.....	5
Tableau 2: Répartition des personnes interviewées	16
Tableau 3: Organisation du système de santé	40
Tableau 4: Structures du SYNAME	42
Tableau 5: cartographie des MTN prioritaires	48
Tableau 6: Historique de la lutte contre l'Onchocercose au Cameroun.....	86
Tableau 7: Historique du Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC)	91

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

• ACRONYMES

APOC	African Programme for Onchocerciasis control /Programme Africain de lutte contre l'onchocercose
CAPP	Centre d'Approvisionnement pharmaceutique Régional
CASS-Rt	Center for Applied Social Sciences – Research Training
CENAME	Central National d'Approvisionnement en Médicament et Consommables Médicaux Essentiels
CHRACERH	Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine
COGE	Comité de Gestion
COSA	Comité de Santé
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FOSA	Formation Sanitaire
LANACOME	Laboratoire National de Control de qualité des Médicaments et d'Expertise
MAPE	Maladies à Potentiel Épidémiologique
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MINSANTE	Ministère de la Santé
OCEAC	Organisation de Coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies en Afrique Centrale
OEPA	Onchocerciasis Elimination Programme for America
ORSTOM	Office de la Recherche Scientifique et Technique Outre-Mer
PEV	Programme Élargi de Vaccination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement humain
SEFN	Société d'Exploitation Forestière du Noun
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SYNAME	Système National d'Approvisionnement en médicaments Essentiels

• SIGLES

APS	Accompagnateur Psychosocial
ARC	Agent Relai Communautaire
ASC	Agent de santé Communautaire
ASCI	Agent de santé communautaire Intégré

BM	Banque Mondiale
CBS	Chef de Bureau Santé
CDT	Centres de Diagnostic de la Tuberculose
CIRCB	Centre International de Référence Chantal Biya
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
CNLCC	Comité National de Lutte Contre le Cancer
CPC	Centre Pasteur du Cameroun
CPPSA	Cercle Phylo-Psycho-Socio-Anthropologie
CRTV	Cameroon Radio and Television
CSI	Centre de santé Intégré
CSU	Couverture Santé Universelle
DC	Distributeur Communautaire
DCI	Distributeur Communautaire Intégré
DDT	Dichloro-Diphényl-Trichloroéthane
DLM	Direction de la lutte contre la maladie
FL	Filariose Lymphatique
HD	Hôpital de District
HKI	Helen Keller International
HR	Hôpital de Référence
IEF	International Eye Fondation
IMPM	Institut de recherche sur les plantes médicinales
INS	Institut National de la statistique
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
LCIF	Lions Club International Fondation
MII	Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide
MSP	Ministère de la Santé Publique
MTN	Maladies Tropicales Négligées
OCCGE	Organisation de Coopération et de Coordination pour la lutte contre les Grandes Endémies
OCP	Onchocerciasis Control Program
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONSP	Observatoire National de Santé Publique
PDC	Plan de Développement Communal
PNDP	Programme National De Développement Participatif

PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNEFL	Programme National d'Élimination de la Filariose Lymphatique
PNLCé	Programme National d'élimination contre la cécité
PNLO	Programme National de Lutte contre l'Onchocercose
PNLPELUB	Programme National de Lutte contre le Pian, la Leishmaniose, la Lèpre et l'Ulcère de Buruli
PNLSHI	Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases Intestinales
PNLTHA	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine
PTME	Prévention de la transmission Mère-Enfant
RC	Relai Communautaire
RCA	République Centrafricaine
RDC	République Démocratique du Congo
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SSS	Stratégie Sectorielle de la Santé
THA	Trypanosomiase Humaine Africaine
TIDC	Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UA	Union Africaine
UCNLIMTN	Unité de Coordination Nationale de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées
VHB	Virus de l'Hépatite virale B
VIH	Virus de l'immunodéficience Humaine

RÉSUMÉ

Le présent travail s'intitule « *Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : Cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest* ». S'inscrivant dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, il aborde la question de la persistance de cette maladie dans les arrondissements de Kouoptamo, Massangam et Fosset. En effet, depuis plusieurs années, le Cameroun avec l'appui de ses partenaires au développement, mobilise des ressources humaines, matérielles et économiques pour éliminer l'onchocercose à travers la mise en œuvre de plusieurs stratégies dont celle du TIDC initiée par APOC. Malgré ces efforts et l'efficacité de la couverture géographique, la couverture thérapeutique se heurte à de nombreuses difficultés et la maladie continue de sévir. La principale question de recherche est celle de savoir quels sont les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun, Région de l'Ouest-Cameroun ? À cette question nous avons émis l'hypothèse que les facteurs environnementaux, socioculturels, économiques, comportementaux et organisationnels liés aux campagnes de chimioprévention, favorisent la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam. L'objectif principal est celui de comprendre les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun, Région de l'Ouest-Cameroun. La méthode qualitative a été utilisée pour collecter les données secondaires et primaires à l'aide de techniques spécifiques. Les données collectées sont analysées à partir de la technique d'analyse de contenu et les résultats sont interprétés à partir d'un cadre théorique construit autour de l'ethnométhodologie de Harold Garfinkel (1967), l'approche écologique de Ann Mc Elroy et Patricia K. Townsend (1985), et l'approche culturelle interprétative en anthropologie médicale avec Arthur Kleinman (1970) et Byron Good (1990). Ce procédé méthodologique a permis d'aboutir aux résultats suivants : les activités socioéconomiques et les pratiques culturelles exposent constamment les populations aux vecteurs et entraînent la persistance de la maladie; la peur des effets secondaires, les représentations de la maladie et la perception de la gratuité du médicament renforcent le refus de l'Ivermectine ; les pratiques culturels conduisent à l'utilisation du médicament pour des raisons non inappropriées; la mauvaise application des principes du Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC) par les acteurs sur le terrain ; l'absence de prise en charge des DC, entraînant le détournement de médicaments et la démission de ces derniers ; l'écart entre les données réelles et les données officielles en raison du remplissage fictif des registres de distribution.

Mots clés : Persistance, pathologies tropicales, maladies culturelles, onchocercose, Bamoun.

ABSTRACT

This work is entitled « *Persistence des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : Cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest* ». As part of the fight against onchocerciasis, this work raises the problem of the persistence of this disease in the districts of Kouoptamo, Massangam and Fosset. In fact, for several years now, Cameroon, with the support of its development partners, has been mobilising human, material and economic resources to eliminate onchocerciasis through the implementation of several strategies, including the CDTI strategy initiated by APOC. Despite these efforts and the effectiveness of geographic coverage, therapeutic coverage has come up against numerous difficulties and the disease continues to be rampant. The main research question is what are the explanatory factors for the persistence of onchocerciasis among the Bamoun in Kouoptamo, Fosset and Massangam in the Noun department, West Cameroon Region? To answer this question, we put forward the hypothesis that environmental, socio-cultural, economic, behavioural and organisational factors linked to the chemoprevention campaigns favour the persistence of onchocerciasis among the Bamoun in kouoptamo, Fosset and Massangam. The main objective is to understand the factors that explain the persistence of onchocerciasis among the Bamoun in Kouoptamo, Fosset and Massangam in the Noun department, West Cameroon Region. The qualitative method was used to collect secondary and primary data using specific techniques and tools. The data collected was analysed using the content analysis technique, and the results were interpreted using a theoretical framework based on Harold Garfinkel's ethnomethodology (1967), Ann Mc Elroy and Patricia K. Townsend's ecological approach (1985), and Arthur Kleinman's interpretative cultural approach to medical anthropology (1970) and Byron Good (1990). This methodological approach has produced a number of results, the most relevant of which are as follows: Socio-economic activities and cultural practices constantly expose populations to vectors and lead to the persistence of the disease; fear of side effects, representations of the disease and the perception that the drug is free reinforce people's refusal to take ivermectin; cultural practices lead to the use of the drug for inappropriate reasons; poor application of the principles of Community-Directed Treatment with Ivermectin (CDTI) by field workers; the failure to take charge of DCs, resulting in the diversion of medicines and their resignation; the discrepancy between actual data and official data due to the fictitious filling in of distribution registers.

Key words: Persistence, Tropical diseases, cultural diseases, Onchocerciasis, Bamoun.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'onchocercose encore appelé « cécité des rivières », est une maladie du groupe des Maladies Tropicales Négligées (MTN), caractérisée par des démangeaisons cutanées, la dépigmentation de la peau et la perte de la vue pour les cas compliqués. Découverte depuis les années 1875, elle n'est reconnue comme maladie grave qu'au début des années 1960 parce qu'elle n'apparaissait que chez les populations isolées (Gilles, A. 2006 ; Bossinesq, M. 2012). Cette maladie a des conséquences sur le développement économiques, sociales et même culturelle dans les pays situés entre les tropiques. La lutte contre l'onchocercose a débuté en 1952 et depuis les années 1980, les activités d'envergure se sont succédées au Cameroun. Plus de 35 ans après, elle reste un problème de santé publique avec un impact considérable sur le développement socioéconomique et culturelle dans notre pays. Par ailleurs, la maladie est définie comme un phénomène de trouble de l'organisme dont les causes peuvent être exogènes et endogènes. Chaque situation pathologique donne lieu à plusieurs interprétations. Au départ, la maladie est individuelle, c'est-à-dire vécue par un individu dans un milieu particulier qui lui attribue plusieurs formes explicatives. C'est dans cet ordre de considération que s'inscrit cette thèse intitulée « ***Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : Cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest*** ».

0.1. Contexte de Recherche

Dans cette partie introductive, il sera question de présenter le contexte de l'étude qui se décline en situation historique, dans le monde, en Afrique, au Cameroun et principalement dans le département du Noun (Région de l'Ouest-Cameroun).

0.1.1. Historique de l'Onchocercose

Jusqu'à la moitié du 20^{ème} siècle, les maladies tropicales négligées ont existé dans tous les pays du monde. Il s'avère que la prolifération de ces pathologies s'accroît dans les zones tropicales où en plus de la pauvreté, les conditions climatiques et d'hygiène sont défavorables. Dans les années 1985, le nombre de personnes atteintes de l'onchocercose dans le monde est estimé à 30 millions. Pour éradiquer ces maladies tropicales, dès 1952, les actions sont menées dans les pays du Nord. La cinquième assemblée mondiale de la santé tenue cette année-là a abordé la question de l'aide à accorder au pays du Nord pour lutter contre le trachome, la rage, la lèpre, les géo-helminthiases, la schistosomiase, la bilharziose et la leishmaniose. (Calon, J. 2016). En plus, la plupart des maladies ont été éradiquées dans les pays du Nord, soit du fait de la nature, refroidissement climatique, observé tout au long de ces régions, soit grâce à l'amélioration des conditions d'hygiène et d'actions de santé publique ciblées. Il se trouve donc que ces maladies n'existent plus que dans les zones tropicales où les conditions climatiques et

d'hygiène additionnées à la pauvreté sont favorables à leur prolifération et aucune action ne sera faite jusqu'en 1974, l'année à laquelle l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a lancé son premier programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP). En effet, cette organisation se déploie à préserver la santé à l'échelle mondiale depuis 1948, l'année de sa création.

0.1.2. Situation dans le monde

Selon l'OMS 2008, dans l'ensemble des personnes infectées par l'onchocercose dans le monde, plus de 99% résident dans la ceinture tropicale. Selon cette organisation, l'onchocercose est la deuxième cause de cécité d'origine infectieuse dans le monde et frappe 36 pays d'Amérique, de la péninsule Arabique et particulièrement d'Afrique. Ce problème de santé publique constitue un obstacle au développement socioéconomique. Dans les zones tropicales de l'Amérique, cette maladie est identifiée au Mexique, au Venezuela, en Colombie, au Guatemala, en Équateur et au Brésil. En Asie, le Yémen a été le seul pays où l'onchocercose a sévi.

Il faut souligner que la lutte contre l'onchocercose a débuté en 1952 avec les résolutions de la cinquième assemblée mondiale de la santé de l'OMS et les stratégies ont évolué depuis cette année. En effet, avant 1988, les activités de lutte se limitaient à la lutte antivectorielle. À partir de 1987, à cette lutte, s'est ajoutée une nouvelle stratégie basée sur les campagnes de distribution de masse de l'Ivermectine/Mectizan suite à un accord signé entre l'industrie pharmaceutique Merck et Co Inc. qui produit l'Ivermectine, l'OMS, les ministères de la santé publique et les ONG de développement. (OMS, 2016).

Aujourd'hui, cette maladie reste d'actualité et de plus en plus de personnes sont exposées dans le monde. Environ 130 millions de personnes sont à risque de contracter la maladie parmi lesquelles 17 millions atteintes (Barro, S.A., 2006). En 2008, le chiffre de la prévalence est nettement un peu plus le double qu'en 1995. En réalité, selon les chiffres de l'OMS, en 2008, on totalisait dans le monde 37 millions de personnes infectées, dont 99% en Afrique intertropicale (IRD, 2008/n°286).

0.1.3. Situation en Afrique

En Afrique, la surface géographique d'endémicité s'étendait déjà du 15^{ème} parallèle Nord au 14^{ème} Sud et recelait plus de 90% des personnes souffrantes de l'onchocercose dans le monde. (Mouchet, J. 1986). Selon le rapport de la 6^{ème} Conférence des Ministres de la Santé de

l'Union Africaine (UA) tenue à Addis abéba en 2013, « *l'onchocercose est endémique dans 19 pays africains et on estime que plus de 100 millions de personnes sont exposées à la maladie et nécessitent une chimiothérapie préventive.* » (OMS, 2013). Cette maladie est donc un problème réel de santé publique en Afrique. Ainsi, les États africains des zones endémiques avec l'OMS se mobilisent autour de la prévention et de l'élimination de l'onchocercose. Les régions hyper-endémiques se situent au Nigéria, en Côte d'Ivoire, au Burkina-Faso et au Ghana. Le Nigéria, occupe le premier rang du nombre de personnes infectées et la maladie est répandue dans tous les États. En Afrique de l'Est, plusieurs foyers d'infection ont été recensés le long des monts Usambara dans le Nord-Est au Lac Nyassa. En Afrique Centrale, l'onchocercose est répartie entre l'Est du Nigeria et le sud du Tchad, du Nord-Ouest de la République Centrafricaine au Sud-Est du Soudan en passant par le Nord du Cameroun. (Tomen, N.H., 2008). Selon Julien Calon 2016, plus de 99% des cas de cécité d'origine onchocercarienne se situent en Afrique subsaharienne dans 31 pays.

0.1.4. Situation au Cameroun

Au Cameroun, comme le paludisme, l'onchocercose est endémique à toutes les régions avec 62% de personnes à risque et 40% infectées. Les régions touchées sont caractérisées par un réseau hydrographique dense et favorable pour la survie des vecteurs. Au Cameroun, on distingue trois types de régions en fonction de la prévalence de la maladie ; les régions hyper-endémiques où le taux de prévalence de la maladie est supérieur ou égal à 60%, les régions méso-endémiques où ce taux se situe entre 35 et 59% et les régions hypo-endémiques où ce taux est inférieur à 35%. (TOMEN, N.H., 2008). En 2007, les données statistiques enregistrées sur le plan national relevaient des spécificités régionales suivantes : Extrême-Nord (13,62%), Nord (34,62%), Adamaoua (31,13%), Est (12,40%), Sud (15,60%), et Sud-Ouest (55,56%) (Socpa, A. 2021), soit près de 32 000 personnes infectées et atteintes de cécité et 1,5 million de personnes infectées et présentant de graves lésions sur la peau enregistrées en 2013. En 2012, sur les 179 districts de santé que compte le pays, 105 étaient endémiques à l'onchocercose. Mais en 2016, selon le rapport technique annuel des activités MTN, cité dans le profil sanitaire du Cameroun en 2016, le profil épidémiologique montre que l'endémicité des MTN avait beaucoup évolué et l'onchocercose est désormais endémique dans 113 districts de santé. La région de l'Ouest où l'on retrouve l'univers culturel Bamoun, notre population cible, enregistre le taux le plus élevé de personnes infectées, soit 69,41%. Cette région fait donc partie des régions dites hyper-endémiques à l'onchocercose. (DLM/MSP, 2012-2016 ;

MINSANTE/ONSP 2016 ; SSS, 2016-2027). Le tableau suivant fait une synthèse de la prevalence de l'onchocercose dans quelques regions du Cameroun.

Tableau 1: Prévalence de l'onchocercose dans quelques régions au Cameroun

REGION	TAUX DE PREVALENCE
Ouest	69,41%.
Extrême-Nord	13,62%
Nord	34,62%
Adamaoua	31,13%
Est	12,40%
Sud	15,60%
Sud-Ouest	55,56%

Source : Synthèse documentaire par Moustapha Mohamed Nsangou

Ce tableau permet d'apprécier la prevalence de l'onchocercose dans quelques regions du Cameroun. On retient donc que la région de l'Ouest y compris le département du Noun est une region hyperendémique à l'onchocercose. Globalement cette maladie a un impact significatif sur la santé des populations. Pour exposer la situation, il convient de faire une présentation générale de l'état de santé de la population au Cameroun.

0.1.5. État général de santé de la population

En 2010, le Cameroun compte 19 406 100 habitants pour une superficie de 475 650 Km². Située en zone sahélienne, la partie septentrionale est caractérisée par une longue saison sèche, partageant une frontière terrestre sur plusieurs kilomètres, traversée par la ceinture méningitique, ce, d'autant plus que les cas de méningite y sont récurrents. La partie Sud est située en zone de forêt équatoriale, favorable au développement des maladies à l'instar de la maladie du sommeil. La situation de l'onchocercose est générale au vu de sa répartition sur l'ensemble du territoire. En effet, le pays compte dix régions réparties en 179 districts de santé et l'onchocercose est répartie sur 113 districts de santé. Cette maladie est donc un problème de santé publique au Cameroun.

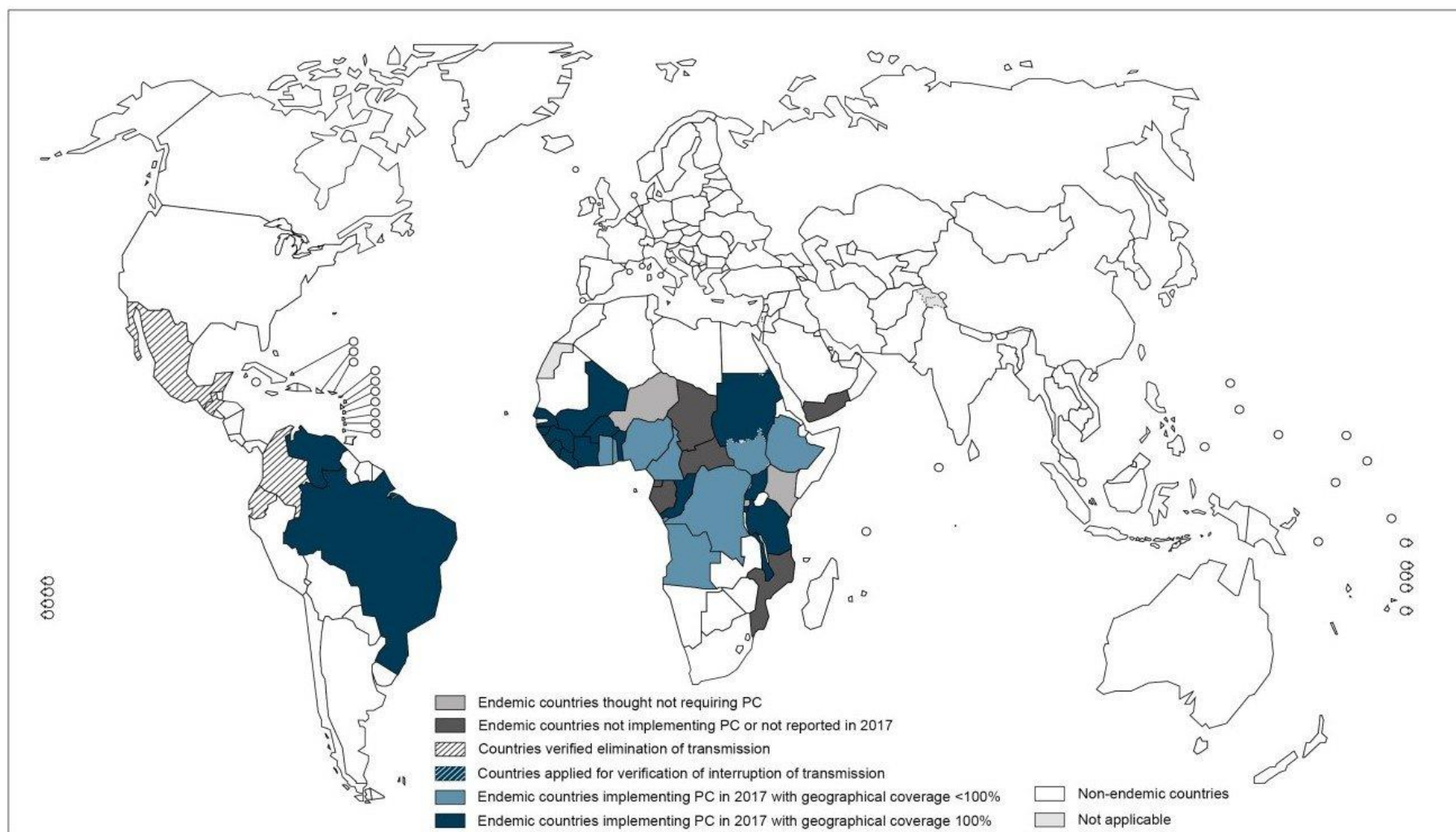
En général, 53% de la population ont accès à l'eau potable. La région septentrionale est la plus touchée avec 29% de taux d'accès à l'eau potable et 5% d'utilisation des latrines. Les régions septentrionales et du littoral regorgent d'importants mouvements et de brassages des populations. Ces facteurs contribuent ainsi à la propagation des maladies transmissibles comme

le VIH, les hépatites virales, la tuberculose et les épidémies telles que le choléra, la rougeole, la méningite, la fièvre jaune, la grippe aviaire, On identifie également la méningite cérébro-spinale, la fièvre jaune, le tétanos néo-natal, la paralysie flasque aigue, la grippe humaine classique, la grippe d'origine aviaire, la grippe pandémique A (H1N1), la trypanosomiose humaine africaine, le paludisme, la rage, les fièvres virales hémorragiques (Ebola, Marburg, Rift Valley), la peste, la dengue, la Covid-19, etc. Pour éradiquer tous ces fléaux, le gouvernement camerounais a adopté la surveillance intégrée des maladies depuis 2003 en mettant en exergue une liste des maladies prioritaires sous surveillance, à laquelle s'est probablement ajoutée la Covid-19 depuis 2019. En dehors de cette récente épidémie mondiale qui a touché tous les pays à travers le monde, le Cameroun enregistre aujourd'hui un peu plus de 17 épidémies de fièvre jaune. Toutes ces maladies sous surveillance ont souvent bénéficié d'importantes activités de riposte et de contrôle. Les stratégies utilisées sont souvent à base communautaire, axées pour la plupart sur la prévention à travers la sensibilisation, l'adoption des mesures de prévention (distribution de la Moustiquaire Imprégnée à Longue durée d'Action « MILDA », le Traitement préventif intermittent (TPI), la vaccination, la sensibilisation sur l'usage des préservatifs, l'administration gratuite de certains vaccins chez les animaux, la distribution gratuite de certains médicaments dans le cadre de la lutte contre certaines maladies tropicales parmi lesquelles l'onchocercose.

Par ailleurs, Des 17 Maladies Tropicales Négligées identifiées à ce jour, le Cameroun en compte plusieurs, notamment : la trypanosomiose humaine africaine (THA) ou maladie du sommeil, la lèpre, le pian, le trachome, la filariose lymphatique (FL), les helminthiases, l'ulcère de buruli, la rage, la leishmaniose, la schistosomiose, la loase et l'onchocercose. De toutes ces maladies, l'onchocercose est l'une de principales Maladies Tropicales Négligées (MTN) la plus connue des populations camerounaises. Ceci s'observe à travers les multiples mobilisations et actions de santé publique menées dans différentes communautés afin de lutter efficacement et éliminer ce fléau.

Il faut cependant souligner que les activités de santé publique axées sur la prévention des maladies et des épidémies ne font pas toujours l'unanimité auprès des populations qui manifestent parfois des refus et n'adoptent pas systématiquement certaines mesures barrières indiquées. D'où la prévalence continue de ces maladies et dont l'onchocercose. L'amélioration de la situation sanitaire en général et l'élimination de l'onchocercose en particulier reste un enjeu de développement au vu de leur impact sur la vie sociale, économique et culturelle du pays.

Carte 1: Épidémiologie de l'onchocercose dans le monde et état de chimioprévention



Source : Rapport OMS du 11 janvier 2022.

A la suite du contexte de l'étude, seront présentés, la justification du choix du sujet, le problème et la problématique de recherche, les questions de recherche, les hypothèses, les objectifs de recherche, la méthodologie, l'intérêt de l'étude, les considérations éthiques, les stratégies de collecte des données, les limites de l'étude, les difficultés rencontrées et le plan de présentation du travail.

0.2. Justification de la recherche

L'intérêt pour cette thématique répond à une double préoccupation personnelle et scientifique.

0.2.1. Raisons personnelles

Dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, nous avons participé depuis 1998, aux campagnes de distribution de l'Ivermectine en tant que bénéficiaire. En effet chaque année, les Distributeurs Communautaires passaient dans les écoles et les ménages pour mener cette activité. A cette époque, moins qu'aujourd'hui, les populations du Noun manifestaient un intérêt particulier à participer aux campagnes par leur acceptation de ce produit communément appelés « *petits médicaments blancs* ». Nous avons le souvenir que notre maman était en possession d'un petit carnet en carton de couleur où était mentionnée sa dose de traitement annuelle dans les points de distribution. Plus de 20 ans après, nous constatons que les campagnes continuent, seulement, la maladie n'est pas toujours éradiquée. Ce qui va à l'encontre des derniers objectifs du Programme Africain de lutte Contre l'Onchocercose (APOC). Notre intérêt pour la problématique des Maladies tropicales négligées principalement l'onchocercose perçue comme des pathologies culturelles, c'est-à-dire faisant partie du quotidien des populations, étant donné qu'elle intègre leur mode de vie, vise à comprendre les facteurs explicatifs de sa persistance. Aussi, nous avons eu à investiguer sur les pratiques culturelles afin d'identifier les éléments culturels qui empêchent l'élimination de l'onchocercose telle que souhaité par les programmes de l'OMS. Ainsi, nous avons saisi cette occasion pour écrire une thèse de Doctorat Ph.D sur le thème : « *Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : Cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'ouest* ».

0.2.2. Raisons scientifiques

La mise en place des programmes de santé n'intègre souvent que très peu le volet anthropologique, ou alors prend difficilement en compte les perceptions ou le point de vue des populations bénéficiaires des programmes de santé initiés. Les capacités d'inculturation, de même d'acculturation souvent développées par les bénéficiaires des programmes (campagne de sensibilisation, chimioprévention, etc.) à travers les représentations culturelles locales, sont souvent négligées ou simplement ignorées. Les logiques de construction, d'explication et d'interprétation culturelle de la maladie sont souvent négligées et confinées au déterminisme biomédical de la maladie. En effet, seuls les résultats des recherches biomédicales stimulent la mise en œuvre des campagnes de sensibilisation et de lutte relatives aux activités sanitaires au détriment des sciences sociales. S'inscrivant dans la logique d'interdisciplinarité pour la mise en place des programmes de santé, le choix de ce sujet de recherche dans le champ de l'Anthropologie médicale est un moyen de souscrire à l'amélioration des connaissances sur les facteurs de la persistance de l'onchocercose. C'est également le lieu d'analyser et de comprendre la capacité d'adaptation ou de reconversion culturelle des programmes de santé par les groupes culturels bénéficiaires ; cela afin de proposer au bout des recherches, des valeurs, des éléments qui peuvent être pris en compte pour l'élimination effective de l'onchocercose au Cameroun, en l'occurrence dans le département du Noun, région de l'Ouest-Cameroun.

0.3. Justification du site de la recherche

Cette étude a été réalisée dans le département du Noun, plus précisément dans les arrondissements de Kouoptamo, Massangam et Fosset (un village de l'arrondissement de Foumbot). Ces localités sont très arrosées par de nombreux cours d'eaux dont les caractéristiques rendent compte de la présence de l'agent vecteur de l'onchocercose. Ce sont également ces dispositifs hydrographiques et géographiques qui justifient l'importance de l'activité agricole de subsistance, destinée à l'économie marchande pratiquée par les populations dans des zones à forte prévalence, les exposant ainsi aux vecteurs de la maladie.

Dans ces trois localités situées en zone rurale, la population est essentiellement constituée du groupe culturel bamoun considéré comme étant les autochtones. Par ailleurs, on y retrouve les Bamiléké, les ressortissants des régions septentrionales, du Nord et du Sud-Ouest, les pasteurs Mbororo, les ressortissants d'autres pays frontaliers entre autres. L'ancrage culturel des Bamoun est dominant et influence certaines pratiques sociales et linguistiques au quotidien ; autrement dit, la langue bamoun est parlée et partagée. L'on ne distingue les Bamoun des autres populations que par le timbre vocal.

Ces différents éléments socioculturels ont motivé le choix de ces trois localités du département du Noun comme sites de l'étude. De plus, l'activité de lutte contre l'onchocercose y est menée depuis les années 1998. Toutefois, les données ont également été collectées dans la ville de Bafoussam auprès des autorités sanitaires responsables ou impliquées dans les activités du programme de lutte contre l'onchocercose. En effet, sur le plan régional, les décisions sur les activités de santé sont prises au niveau de la délégation régionale de la santé publique à Bafoussam et les différents responsables institutionnels y résident.

0.4. Problème de recherche

L'onchocercose est une maladie infectieuse qui apparaît dans les zones proches des cours d'eau à courants rapides. Elle est endémique dans ce type d'environnement aux sols souvent très fertiles et propices aux activités agricoles. Elle touche le plus souvent toutes les populations vivant dans cette zone d'endémicité. Cette maladie dont la manifestation extrême est la cécité ou la perte de la vue, a des conséquences sur le développement social et économique des localités où elle sévit.

En effet, depuis la déclaration de l'onchocercose comme l'un des problèmes majeurs de santé publique, des mesures de prévention dans un premier temps et d'élimination par la suite ont été adoptées au Cameroun. À partir des années 1987, l'État camerounais avec l'appui de ses partenaires internationaux, notamment l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC), et plusieurs ONG étrangères, mobilisent des ressources pour la prévention et l'éradication de ce fléau partant ainsi de la lutte anti-vectorielle aux campagnes de distribution de masse de médicaments. La stratégie du traitement par l'Ivermectine sous directive communautaire (TIDC), initiée par APOC, est aujourd'hui considérée comme ayant contribué inéluctablement à la réduction de l'onchocercose à travers une couverture géographique importante des campagnes de masse.

Malgré les efforts et l'efficacité de la couverture géographique à travers la distribution des médicaments, la couverture thérapeutique continue de se heurter à un certain nombre de difficultés qui font que le ratio de distribution est supérieur à celui de la consommation. Selon les chiffres officiels, on observe une différence entre la couverture géographique, soit 98,98%, et la couverture thérapeutique, soit 79,84% (SSS, 2016-2027). Les données empiriques cependant, semblent ne pas concorder avec ces données officielles, à la vue des réalités anthropologiques liées aux pratiques, à la gestion et la transmission des données sur les représentations culturelles de la maladie, sa thérapie dans les groupes culturels et les communautés. Cette distance réelle entre la couverture géographique et la couverture

thérapeutique, pourrait expliquer la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun, au Cameroun et probablement dans d'autres pays endémiques.

0.5. Problématique de recherche

Au Cameroun, selon les chiffres les plus récents, 32 mille personnes infectées sont atteintes de cécité et 69,41% de ces personnes sont enrégistrées dans la région de l'Ouest. C'est donc un problème de santé publique. A ce sujet, le gouvernement camerounais a mis en œuvre des stratégies et des programmes thérapeutiques afin d'éliminer, de prévenir ou de maîtriser l'onchocercose, identifiée comme étant la principale Maladie Tropicale Négligée (MTN) qui cause la cécité. Ce cas de figure est vérifiable dans le cadre de plusieurs maladies endémiques et MTN, notamment : l'onchocercose, la schistosomiase, les helminthiases, la filariose lymphatique, la lèpre, le pian, le trachome, la trypanosomiase humaine africaine, l'ulcère de buruli, la leishmaniose la loase et la rage. Les efforts pris par le gouvernement camerounais avec l'appui des partenaires ont permis d'éradiquer ou de maîtriser plusieurs d'entre elles à l'instar de la lèpre, la rage, etc. Toutes ces actions sont pour la plupart menées par les Distributeurs Communautaires (DC) sous les instructions des professionnels de santé. C'est dans cette logique que s'inscrit cette thèse. Les perceptions des acteurs culturels face non seulement à l'onchocercose mais surtout aux campagnes et programmes thérapeutiques organisées autour de cette maladie dans l'univers culturel bamoun peuvent constituer un obstacle au paradigme d'élimination effective de l'onchocercose.

La persistance d'une pathologie dans le mode de vie d'un groupe, constitue généralement un facteur favorable au développement des stratégies endogènes d'adaptation culturel. Le plus souvent, cette persistance fait appel à de nouveaux éléments intégrés dans un système de santé lié à la culture des bénéficiaires. C'est dans cet ordre d'idée que les stratégies de lutte élaborées contre l'onchocercose notamment : la distribution communautaire de l'Ivermectine, les programmes de campagnes de sensibilisation ont été adaptés dans la socioculture Bamoun. Autrement dit, le Mectizan a été distribué sur plusieurs années dans les recours thérapeutiques. Seulement, en raison de la dynamique culturelle et des interactions maladie-médecine-culture, il est associé à d'autres usages culturels au détriment de l'objectif initial qui est de prévenir et d'éliminer l'onchocercose ; ce, en éradiquant au préalable les filaires transmis après la piqure des simules. Le constat est que les campagnes de lutte sont efficaces mais les signes observables font comprendre que l'objectif d'éliminer ou d'éradiquer ce fléau est encore loin d'être atteint. L'onchocercose perçue par la biomédecine est inadéquate aux perceptions culturelles endogènes de la maladie ; autrement dit, la perception biomédicale de

l'onchocercose ne peut pas forcément être établie en une perception universelle du fait de la pluralité des cultures qui implique la diversité d'itinéraires thérapeutiques.

Face à tout ce qui précède, nous voulons comprendre les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun du Noun. Pour y parvenir, nous avons convoqué trois théories en Anthropologie médicale afin d'analyser la persistance de l'onchocercose dans cet univers culturel. La première théorie est l'ethnométhodologie de Harold Garfinkel (1967), la deuxième est l'approche écologique de Ann Mc Elroy et Patricia K. Townsend (1985), et la troisième est l'approche culturelle interprétative de Arthur Kleinman (1970) et Byron Good (1990).

0.6. Questions de recherche

Un certain nombre de questions, réparties en deux catégories, ont permis d'éclairer la problématique. Ce sont : une question principale et trois questions secondaires.

0.6.1. Question principale

Quels sont les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun, Région de l'Ouest-Cameroun ?

0.6.2. Questions secondaires

1. En quoi les perceptions de l'onchocercose expliquent-elles la persistance de cette Maladie Tropicale Négligée chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun ?
2. Comment les facteurs institutionnels et organisationnels liés au système de santé rendent compte de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun ?
3. Comment les pratiques culturelles expliquent-elles la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun ?

0.7. Hypothèses de recherche

L'hypothèse est une tentative de réponse que le chercheur formule à la question de recherche. C'est une idée que le chercheur se fait avant l'observation ou la collecte des données. Pour Fauvel, M., (2002) c'est une proposition de réponse provisoire qui anticipe une relation

entre deux réalités. Ces essais de définition rejoignent celle de Grawitz, M. (1986 : 420-421) qui souligne que « *L'hypothèse est une proposition de réponse à la question posée. Elle tente à formuler une relation entre des faits observés. Ceux-ci rassemblés, elle permet de les interpréter, de leur donner une signification qui vérifiée, constituera un élément possible de théorie* ». Dans le cadre de ce travail, cette clarification nous amène à présenter une hypothèse principale subdivisée en trois hypothèses spécifiques.

0.7.1. Hypothèse principale

Les facteurs environnementaux, socioculturels, économiques, comportementaux et organisationnels liés aux campagnes de chimioprévention, favorisent la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam.

0.7.2. Hypothèses spécifiques

1. En marge de la biomédecine qui perçoit l'onchocercose comme un élément biologique dont la cause est en rapport avec un vecteur transmetteur du mal au corps biologique et physique, chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam à l'Ouest-Cameroun, cette maladie est perçue comme étant une maladie dont les causes sont endogènes: l'environnement, les comportements socioculturels, les pratiques mystiques ou des actions maléfiques.
2. Les activités de santé publique liées non seulement à la prévention mais également à l'élimination de l'onchocercose telles que : la distribution du Mectizan par les Distributeurs Communautaires, les campagnes de sensibilisation ne font pas l'unanimité auprès des populations. Ces dernières refusent ou n'adoptent pas systématiquement certaines mesures de prévention indiquées. Il y a également la prise en compte des distributeurs communautaires, le respect des instructions thérapeutiques indiquées aussi bien par les distributeurs que par les populations, le refus des populations à participer qui justifient la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam à l'Ouest-Cameroun.
3. Les campagnes de traitement de masse des populations exposées ou atteintes par l'onchocercose n'aboutissent pas, les activités économiques, le mode de vie des populations, les usages culturels du Mectizan, la perception de la maladie et de la stratégie de lutte communautaire appliquées, expliquent la persistance de

l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun à l'Ouest-Cameroun.

0.8. Objectifs de recherche

La démarche d'une recherche peut partir d'un ou de plusieurs objectifs qui concourent à l'atteinte d'un seul but. Dans le cadre de cette étude, l'objectif de la recherche se décline en un objectif principal et de trois objectifs spécifiques.

0.8.1. Objectif principal

L'objectif principal est celui de comprendre les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun, Région de l'Ouest-Cameroun.

0.8.2. Objectifs spécifiques

Ils sont au nombre de trois :

1. Analyser les perceptions de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam ;
2. Décrire les facteurs institutionnels et organisationnels liés au système de santé en matière de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam ;
3. Explorer les pratiques culturelles de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam.

0.9. Intérêt de la recherche

Cette étude présente un double intérêt : théorique et pratique.

0.9.1. Intérêt théorique

Sur le plan théorique, cette thèse s'inscrit dans le cadre de l'Anthropologie médicale. Cette spécialisation est l'une des branches de l'Anthropologie générale qui étudie les questions de santé dans une perspective culturelle, c'est-à-dire qu'elle prend en compte les manières de penser, de se construire, de percevoir ou de se représenter la santé ou la maladie par les membres d'un groupe culturel, autrement dit, cette étude a ceci qu'elle identifie les relations entre l'onchocercose, les pratiques culturelles et le mode de vie des populations et l'environnement. Elle permet de découvrir dans les interactions culturelles les facteurs explicatifs de la

persistance de l'onchocercose et les pratiques culturelles qui empêchent l'élimination des pathologies tropicales en général et de l'onchocercose en particulier.

0.9.2. Intérêt pratique

Sur le plan pratique, les résultats de cette thèse pourront être mis à contribution pour revoir le TIDC et améliorer les stratégies déployées pour la lutte contre les maladies tropicales négligées à l'instar de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam à l'Ouest-Cameroun et autres zones endémiques du pays. Par ailleurs, il s'est agi d'une approche anthropologique de l'onchocercose perçue comme maladies culturelles de par sa persistance et son intégration dans le mode de vie des populations de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Par conséquent, cette étude envisage des pistes de solution pour des actions communautaires efficaces face à cette maladie.

0.10. MÉTHODOLOGIE

Selon Grawitz, M. 1986, La méthodologie apparaît comme la branche de la logique qui étudie les principes et les démarches d'une investigation scientifique. C'est l'ensemble des moyens organisés et mis en œuvre par un chercheur pour atteindre son objet d'étude. Pour Mbonji Edjenguèlè (2005), elle renvoie à la manière dont le chercheur aborde son objet d'étude, le chemin parcouru pour élaborer un discours cohérent. Il apparaît donc essentiel que le chercheur ne se contente pas seulement d'indiquer les résultats obtenus, mais il doit non seulement justifier mais rendre compte de la démarche qu'il utilise pour obtenir les données qu'il présente. Dépelteau F., (2003 : 66) déclare d'ailleurs que « *Le chercheur doit toujours être en mesure de justifier le choix de sa démarche scientifique* ».

Ainsi, pour réaliser cette étude, nous avons mobilisé en fonction de la cible et des objectifs de recherche à atteindre, la méthode, les techniques et les outils spécifiques à la recherche qualitative. En effet l'approche anthropologique, sur le plan épistémologique, se fonde sur des données qui visent à comprendre le sens et la signification culturelle des phénomènes en adoptant une posture *émic* qui, selon Olivier de Sardan J-P (2008 : 105-106), est « *une stratégie de recherche qui opère une distinction entre les données tirées du discours des acteurs eux-mêmes et les données issues d'observations et de recension opérées par le chercheur.* » Dans ce sens, l'approche qualitative de collecte des données est idéale pour notre démarche de la recherche.

0.10.1. Population cible

La population cible était constituée de plusieurs parties prenantes dans la communauté. Nous les avons organisées en trois catégories d'acteurs à savoir : les acteurs décisionnels rencontrés dans les différentes instances de gestion du programme de lutte contre l'onchocercose, les acteurs de la mise en œuvre au niveau communautaire, c'est-à-dire les distributeurs communautaires dont le rôle est de distribuer et de faire les différents rapports sur la couverture géographique et thérapeutique, les membres des communautés qui sont les principaux bénéficiaires. Ces derniers ont été sélectionnés dans les trois sites qui ont constitué le cadre spatial d'investigations. Il s'est agi de l'arrondissement de Foubot (village Fosset1 et Fousset 2), l'arrondissement de Kouoptamo et l'arrondissement de Massangam.

0.10.2. Population de la recherche

Le choix des informateurs était orienté vers toutes les personnes résidentes dans les communautés, capables de comprendre et de répondre aux préoccupations qui étaient les nôtres. Elles étaient réparties en deux groupes d'acteurs : les acteurs institutionnels qui interviennent dans les activités de lutte contre l'onchocercose et les membres de la communauté. La procédure de sélection des informateurs était aléatoire et par la technique boule de neige. Les personnes sélectionnées pour les entretiens étaient celles présentes au moment où nous nous introduisions en communauté, dans les formations sanitaires et les services institutionnels locaux.

0.10.2.1. Taille de la population de la recherche

En application de la méthode aléatoire de sélection des informateurs et de la technique boule de neige, nous avons interviewé au total quatre-vingt-six (86) informateurs. Certains ont été enquêtés lors des groupes de discussions dirigés et d'autres pendant les entretiens individuels. Ils sont répartis dans le tableau suivant :

Tableau 2: Répartition des personnes interviewées

Catégories d'informateurs	Nombre
Personnels à la coordination régionale MTN de l'Ouest	02
Personnels de santé/ chef d'aires de santé	15
Membres des structures de dialogue (COSADI et COSA)	04
Distributeurs Communautaires	17
Membres de la communauté	30

Leaders religieux	06
Leaders communautaires	06
Vendeurs de médicaments	06
Total	86

La taille de la population enquêtée dans l'approche qualitative de collecte des données obéit en général au principe de la saturation et à celui de l'informateur clé. Dans le cadre de cette étude, le seuil de saturation a été atteint à 86 informateurs et il a été retenu comme informateurs clés :

- **Les responsables à la coordination régionale** du programme de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées : Ceux-ci sont le point de convergences de toutes les données relatives à la lutte contre l'onchocercose au niveau régional. Ils organisent et coordonnent la lutte contre l'onchocercose dans la région de l'Ouest. C'est pourquoi il a été identifié comme informateurs clés, le gestionnaire des données et le coordonnateur régional qui sont les principaux responsables en charge de ce programme.
- **Les personnels de santé et les chefs des aires de santé** : Ces derniers ont un rôle déterminant dans le processus de mise en œuvre des campagnes de santé communautaire. Ils organisent, forment et déploient les distributeurs dans les communautés. C'est également ces derniers qui sont chargés de collecter et de transmettre les données de couverture au district puis à la coordination régionale du programme. Il était important de les interroger.
- **Les membres des structures de dialogue** (COSA, COSADI) : Selon le plan directeur d'élimination des Maladies Tropicales Négligées au Cameroun, les structures de dialogue interviennent dans la mise en œuvre de la stratégie de lutte au niveau périphérique. Ce sont des organisations communautaires dont le rôle est d'appuyer l'aire de santé (COSA) ou le District de santé (COSADI) dans la mise en œuvre des activités de santé dans les communautés. Elles jouent le rôle de courroie de transmission entre les structures sanitaires et les populations, principaux bénéficiaires des actions de santé publique dans les communautés. Les Distributeurs Communautaires et tous les autres acteurs travaillant pour les activités de santé au sein des communautés sont généralement membres de ces structures, d'où l'intérêt d'interroger leurs responsables.

- **Les Distributeurs Communautaires (DC) :** Ce sont les acteurs clés de la mise en œuvre des campagnes de distribution de masse de Mectizan dans la lutte contre l'onchocercose. Toute la stratégie TIDC repose sur ces derniers en tant qu'acteurs et membre des communautés cibles dans la lutte contre l'onchocercose. Ils sont au contact direct avec les populations et l'atteinte de l'objectif d'élimination de la maladie au sein de ces populations passe par leur travail sur le terrain. Ces acteurs sont aussi à la base des données de couverture thérapeutiques et géographiques qui permettent de renseigner les priorités du programme. Ils sont des informateurs clés auprès desquels les informations devaient être collectées.
- **Les membres des communautés :** ce sont les principales victimes de la maladie et par conséquent les bénéficiaires privilégiés des activités de lutte contre l'onchocercose dans les villages de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Ils ont non seulement l'expérience de la maladie mais aussi celle des activités de santé communautaires auxquelles leurs différentes communautés participent depuis plusieurs années. De ce fait, ils faisaient partie des informateurs clés dans le cadre de ce travail.
- **Les leaders religieux et les leaders communautaires** (leaders d'association et chefs traditionnels) : ces acteurs sont le point de convergence de toutes les préoccupations y compris les problèmes sanitaires dans les communautés. Dans les activités de la lutte contre l'onchocercose, ils sont utilisés pour organiser les rencontres communautaires et le relais de l'information entre les services de santé et leurs populations. Ils faisaient donc partie des populations cibles de ce travail.
- **Les vendeurs de médicaments de la rue :** ce sont les informations sur la gestion du médicament et de sa présence dans la communauté même après les campagnes, faisant l'objet des usages multiples, qui a attiré notre attention vers ces acteurs. Il était particulièrement important d'interroger les sources d'approvisionnement et la qualité des médicaments que ces derniers mettent à la disposition des populations.

0.10.3. Méthode de collecte des données

La méthode qualitative de recherche a été la méthode retenue pour la collecte et l'analyse des données de cette thèse. Cette méthode a permis de recueillir les données sur l'onchocercose en interrogeant les raisons culturelles de sa persistance. Elle interroge également les facteurs culturels qui influencent la bonne marche des programmes thérapeutiques de lutte contre cette maladie. L'accent a été mis sur les logiques culturelles

explicatives de la persistance de l'onchocercose, les usages culturels de l'Ivermectine, les mécanismes de gestion locale et les représentations culturelles de la maladie, des thérapies et des programmes de prévention implémentés dans les communautés.

0.10.3.1. Recherche documentaire

La recherche documentaire permet de collecter les données secondaires. Elle est la première étape de toute intention de recherche scientifique. Elle permet de faire une exploration du sujet et donne accès aux connaissances antérieures autour de ce sujet. Cette première étape de la collecte des données invite à s'informer des recherches et travaux scientifiques déjà menés autour du sujet. Elle consiste donc à passer en revue les ouvrages, les revues scientifiques, les rapports des travaux scientifiques plus ou moins proches de la thématique abordée. Selon Quivy, R. et Campenhoudt, L.V. (1995 : 42), « *lorsqu'un chercheur entame un travail, il est peu probable que le sujet traité n'ait jamais été abordé par quelqu'un d'autre auparavant, au moins en partie ou indirectement* ». Ainsi, elle a été orientée dans les centres de documentation disponibles. Il s'agit de la bibliothèque de la Faculté des arts lettres et sciences humaines de l'université de Yaoundé 1, la bibliothèque du laboratoire du Center for Applied Social Sciences-Research Training (CASS-RT), la bibliothèque du Centre International de Référence Chantal Biya (CICRB), la bibliothèque du Cercle Phylo-Psycho-Socio-Anthropologie (CPPSA), la bibliothèque centrale de l'université de Yaoundé 1, le centre de documentation de la commune de Foumban, la centrale de lecture publique de Yaoundé et la documentation disponible au niveau des services de la coordination régionale de l'ouest sur les Maladies Tropicales Négligées. Nous avons également fait recours aux documents disponibles sur internet à travers des moteurs de recherche qui ont permis d'accéder à des documents numériques importants en ligne. La synthèse des documents a permis de mobiliser un corpus important de documents (ouvrages, articles, revues, rapports d'études, rapports d'évaluation, actes de colloque, de séminaire et de conférences, travaux de thèses et de mémoires etc.). Cette première étape de la collecte des données a permis non seulement de nous imprégner profondément du sujet mais également de préparer la rédaction du second chapitre de ce travail intitulée revue de la littérature.

0.10.3.2. Collecte des données sur le terrain

D'après Dépelteau, F. (2003 : 40), les vérités scientifiques découlent de nos expériences. Ils sont « *des lois découvertes grâce à des expériences empiriques faites dans un univers déterminé* ». Autrement dit la réalité du terrain est la source de production des connaissances

autour d'une thématique dans un univers culturel particulier. Il est donc nécessaire de produire des connaissances à partir des réalités vécues observées et expérimentées. C'est ce qui justifie la collecte des données sur le terrain. Collecter les données, comme le requiert la méthode anthropologique, consiste à aller sur le terrain pour vivre les réalités de son sujet de recherche. C'est l'étape qui permet de vérifier les hypothèses. Cette étape permet également de rencontrer la population cible pour recueillir des informations autour des connaissances, des perceptions, des idées et des pratiques culturelles par l'usage de ses sens. C'est aussi le moment d'observer les manières de faire de penser et d'agir face au phénomène dans les communautés impliquées. Avoir le point de vue des populations sur leur environnement, leur santé et leurs perceptions sur l'onchocercose et sa prise en charge. Cette étape s'est déroulée à Kouoptamo, à Foubot dans les villages Fosset 1 et 2, et à Massangam. Les techniques et les outils propres à la recherche qualitative ont donc été mobilisés pour cette partie de la recherche.

0.10.4. Techniques de collecte des données

Les techniques utilisées dans le cadre de la collecte des données primaires de ce travail sont : les entretiens individuels approfondis, les discussions de groupe focalisées, l'observation directe et la photographie.

- **Entretiens individuels approfondis**

L'entretien individuel est caractérisé par un contact direct entre le chercheur et son interlocuteur. Selon Grawitz, M. (1986), c'est un procédé d'investigation scientifique qui utilise un processus de communication verbale pour collecter des informations en rapport avec l'objectif de recherche fixé par le chercheur. Au cours de ce contact, il s'instaure un échange dans lequel l'interlocuteur exprime son point de vue, ses perceptions et son expérience par rapport à une situation vécue ou connue ; cela, sous le contrôle du chercheur qui recadre les idées tout au long de la conversation. (Quivy, R. et Campenhoudt, L. V., 1995). Les données sur le point de vue, les expériences, les perceptions, les idées sur la maladie, les campagnes de distribution de masse, la gestion des médicaments, etc. ont été collectées à l'aide de cette technique.

- **Observation directe**

Selon Quivy, R. et Campenhoudt, L. V. (1995 : 199), l'observation directe est une technique de collecte des données qui consiste en l'observation des faits au moment de leur déroulement. Il permet de capter les « *comportements au moment où ils se produisent sans l'intermédiaire d'un document ou d'un témoignage* ». Cette technique a permis d'observer

les attitudes des acteurs et les pratiques des membres de la communauté face à la maladie et aux stratégies de prévention au niveau local. Pour cet exercice, nous avons particulièrement profité de l'occasion d'une campagne thérapeutique dans l'une des localités de l'étude.

- **Discussions de groupe focalisé**

La discussion de groupe comme son nom l'indique, est un entretien avec un groupe de personnes ayant plus ou moins les mêmes caractéristiques sociodémographiques. Les discussions de groupe focalisé ont été organisées avec des groupes de population à Kouoptamo à Fosset et à Massangam avec des personnes sélectionnées sur la base de leur niveau de connaissance sur le sujet et leurs expériences avec la maladie et les programmes de traitement.

- **Récits de vie**

Comme son nom l'indique, le récit de vie est une technique de collecte des données qualitatives qui permet de recueillir les informations sur le vécu, les expériences individuelles par rapport à une réalité. Cette technique se focalise en réalité sur la manière dont l'événement affecte l'individu. Elle a permis de collecter les informations sur l'histoire de vie de certains membres de la communauté par rapport à l'onchocercose et les différentes réactions et actions face au programme d'élimination à travers la distribution régulière de l'Ivermectine dans les communautés.

- **Photographie**

Cette technique permet de collecter les données iconographiques afin de matérialiser la réalité du terrain. Elle nous a aidé à compléter les données obtenues à travers les entretiens et les groupes de discussion focalisés.

0.10.5. Outils de collecte des données

Les outils de collecte des données sont conséquents des techniques mobilisées. Dans le cadre de cette thèse et tel que le prescrit la méthode qualitative, ces outils étaient constitués de trois guides d'entretiens selon les catégories d'informateurs et d'un guide d'observation.

- **Guide d'entretien avec les acteurs décisionnels**

Les lectures exploratoires et la pré-enquête ont permis de nous rendre compte que la lutte contre l'onchocercose implique des acteurs à plusieurs niveaux. Les communautés ne sont pas les seules concernées bien que dans leurs comportements culturels, elles ont une forte incidence

sur le problème à élucider. Nous avons élaboré ce guide pour comprendre le fonctionnement du programme et les différents obstacles rencontrés dans l'implémentation des actions de lutte contre l'onchocercose et son élimination. En d'autres termes, il est question d'identifier les difficultés rencontrées au cours des évaluations de la couverture et de la prise des décisions.

- **Guide d'entretien avec les distributeurs communautaires**

Dans le programme de lutte contre l'onchocercose et particulièrement avec la stratégie du TIDC, le Distributeur Communautaire est un acteur clé. Étant membre de la communauté, nous avons collecté les informations sur la pratique de la distribution du Mectizan et les réactions des populations face à ce médicament. Ils ont également donné leur opinion sur les représentations culturelles de l'onchocercose et les usages du médicament au niveau de leurs communautés respectives. Nous avons également recueilli des informations sur leurs motivations et les activités culturelles des communautés.

- **Guide d'entretien avec les membres de la communauté**

Les membres de la communauté culturelle bamoun sont la principale cible de cette étude. Le guide d'entretien avec ces acteurs nous a permis de collecter les informations sur la connaissance de la maladie, les perceptions autour des causes, les manifestations et les soins culturellement administrés. Nous avons également collecté les informations sur les usages et l'acculturation du Mectizan, les rapports avec les campagnes thérapeutiques, les représentations sur la maladie et le traitement.

- **Guide d'observation**

Le guide d'observation a permis d'observer les attitudes des uns et des autres face à la maladie, les comportements culturels en rapport avec la maladie. Nous avons également observé les usages culturels du Mectizan et les pratiques de la distribution.

En appui à ces différents guides, nous avons utilisé un dictaphone pour l'enregistrement des entretiens, des blocs-notes, des stylos à bille et crayons pour les prises de notes, l'appareil photographique pour les différentes prises de vue.

0.10.6. Procédures de collecte des données

La mise en pratique des techniques avec l'utilisation des outils suscités a permis de collecter les données de deux types, les données secondaires à travers la recherche documentaire et les données primaires à travers la recherche de terrain proprement dite. La descente sur le terrain a été réalisée après l'obtention des différentes autorisations (au niveau du Département d'Anthropologie de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines et au niveau de la

Délégation Régionale de Santé publique de l'Ouest) et après que les outils de collecte ont été validés.

0.10.7. Procédure de travail sur le terrain

La procédure de travail sur le terrain était la procédure classique. En effet au niveau institutionnel, nous avons saisi en premières instances le Délégué Régional de la Santé Publique de l'Ouest afin d'obtenir les autorisations nécessaires à notre introduction auprès des responsables sous sa coordination, notamment les responsables auprès des structures sanitaires dans les différentes aires de santé. Au niveau sous-institutionnel, c'est-à-dire au niveau des aires de santé, les responsables ont été informés et ont autorisé que le travail se réalise au sein des formations sanitaires. Au niveau de la communauté, les chefs des communautés étaient la porte d'entrée pour chacune de celles impliquées. Pour la rencontre des informateurs, nous avons procédé par la technique du porte-à-porte et quelquefois nous utilisons la méthode boule de neige. Auprès des différentes catégories d'informateurs, nous nous introduisons par la présentation des différentes autorisations après leur avoir expliqué l'objet et le but de notre présence sur le terrain.

0.10.8. Procédure linguistique

Les entretiens ont été réalisés en langue vernaculaire et parfois en langue française. La langue vernaculaire bamoun a particulièrement été utilisée avec les membres de la communauté. La langue locale étant également notre langue maternelle, nous n'avons particulièrement pas rencontré de difficulté à ce niveau avec les membres de la communauté rencontrées. Certains informateurs en communauté ont parfois utilisé la langue française et la langue vernaculaire, les deux à la fois selon leur convenance. Au niveau des acteurs institutionnels, la langue française est celle qui a particulièrement été utilisée.

0.11. Considérations éthiques

L'éthique peut se définir comme un ensemble de règles, de valeurs morales et de principes qui orientent la conduite à observer par un chercheur lorsqu'il mène des activités de recherche qui impliquent les êtres humains. Bonnet, D. (2003 : 5), la définit comme « *Un ensemble de règles ayant pour objet de soumettre l'activité scientifique au respect des valeurs jugées plus hautes que la liberté du chercheur* ». Elle n'est en ce sens pas une école de morale réservée uniquement aux médecins ou aux biologistes pratiquant des expériences directes sur des sujets humains. Elle prend également en compte l'ensemble des disciplines de

recherche ayant pour objet l'être humain, notamment les sciences sociales et humaines lorsqu'elles sont impliquées dans des travaux de recherche qui d'une façon ou d'une autre, nécessitent une incursion dans les domaines privés des personnes impliquées. Ainsi, depuis le code de Nuremberg (1947), passant par la déclaration de Helsinki (1964), les règles de l'éthique dans la recherche concernent le consentement éclairé et la participation volontaire des individus, le respect de la confidentialité, la mesure des risques et des avantages, la liberté du participant à se retirer en cas de gêne et la mise à disposition des résultats de la recherche (Malouin, E., 2002 ; Bonnet, D. 2003 ; Audy, S. 2004). Ces derniers éléments sont donc contenus dans deux documents à savoir, la note d'information et la fiche de consentement éclairé.

Nous inscrivant dans cette logique internationale sur la morale à observer dans les études et recherches sur des questions de santé impliquant des sujets humains, nous avons obtenu des autorisations nécessaires. En effet, après la validation du protocole de recherche et des procédures de collecte des données, cette étude a obtenu une autorisation du département d'anthropologie de l'université de Yaoundé I. Cette autorisation a facilité l'obtention de l'approbation des autorités sanitaires dans les localités enquêtées, notamment le Délégué régional de la santé publique de l'Ouest qui a facilité l'introduction auprès de ses collaborateurs dans les aires de santé de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Par ailleurs, nous avons préparé une note d'information associée à une fiche de consentement éclairée (voir documents en annexe). Ces deux documents permettaient aux participants d'avoir connaissance de la recherche à laquelle ils devaient participer et de donner librement leur consentement avant toute implication. Pour ceux qui ne parvenaient pas à lire les différents documents, nous leur faisions la lecture en leur expliquant clairement la procédure et les modalités de leur participation à l'étude. Les participants ont ainsi été informés des objectifs, des avantages et des risques liés à leur participation à l'étude ainsi que les bénéfices de leur participation aussi bien pour eux-mêmes que pour la communauté et la contribution pour l'élimination de l'onchocercose. Dans le cadre de cette recherche, le mode de consentement retenu était verbal et les résultats de cette recherche sont contenus dans cette thèse. Pour ce qui est de la confidentialité, les identités des personnes rencontrées ont été protégées et aucun nom propre pouvant permettre d'identifier ou de relier l'information à l'informateur n'a été cité dans le cadre de la présentation des données de cette recherche. Un terme commun a été utilisé pour désigner les informateurs.

0.12. Cadre théorique

Pour rendre compte de la réalité et donner sens et signification aux données collectées sur le terrain, l'analyse et l'interprétation des informations recueillies se sont traitées à la lumière d'un cadre théorique construit autour de trois théories. Il s'est agi de l'ethnométhodologie de Harold Garfinkel (1967), l'approche écologique de Ann Mc Elroy et Patricia K. Townsend (1985), et l'approche culturelle interprétative en anthropologie médicale avec Arthur Kleinman (1970) et Byron Good (1990).

0.13. Analyse et interprétation des données

Il existe en principe deux techniques d'analyse des données dans les sciences sociales et elles varient selon la méthodologie de recherche adoptée. Il s'agit de l'analyse statistique des données et l'analyse de contenu. Dans le cadre de cette étude, les données collectées à travers les techniques et les outils de collecte ci-dessus cités étaient essentiellement qualitatives. De par cette nature, ces données ont été analysées suivant les méthodes d'analyse de contenu et interprétées selon l'approche de l'Ethno-Perspective prescrite par Mbonji, Edjenguèlè. (2005). En effet pour cet auteur, chaque chercheur dans sa spécialisation se distingue des autres dans son élan d'interprétation par sa chapelle théorique ou par le cadre théorique qui lui permet de saisir la réalité à décrire. L'angle d'interprétation choisi est lié à la sensibilité du chercheur et des lunettes théoriques qu'il se propose d'utiliser pour lire la réalité culturelle qu'il étudie. C'est pourquoi Mbonji, Edjenguèlè (2005 : 85). souligne que :

L'interprétation vient séparer les ethno-anthropologues puisqu'elle est dation de sens à partir des points de vue théoriques multiples et divergents par définition. L'interprétation divise les ethno-anthropologues entre eux, à l'intérieur de leur champ de connaissance.

Cette partie est donc consacrée à présenter les différentes procédures d'analyse et d'interprétation réalisées dans le cadre de ce travail.

0.13.1. Analyse des données

L'étape de l'analyse est une étape tout aussi importante que les autres. C'est une phase d'autant plus importante que c'est le lieu pour le chercheur d'organiser et de traiter les données et de restituer la réalité avec le plus d'objectivité possible. La méthode de l'analyse de contenu est la principale méthode utilisée pour traiter les données collectées. Elle est selon Dépelteau, F. (2003 : 295) qui reprend les propos de L'écuyer R., (1988), « *une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis* ».

Cette méthode d'analyse est donc choisie parce que les données des entretiens qualitatifs sont transcrites sous forme de documents écrits dont l'essentiel des informations issues des discours des informateurs, renseignent sur leurs expériences, les représentations et constructions culturelles sur l'onchocercose ainsi que les politiques de prévention et de la lutte contre cette maladie. L'exigence de cette méthode d'analyse du discours comme le souligne Dépelteau, F. (2003), est celui de donner un rendu des discours sans y apporter des jugements de valeur susceptibles de déformer la pensée ou les idées recueillies. Quivy, R. et Campenhoudt, L. V. (1995 : 231-233) distinguent trois variantes de l'analyse de contenu : les analyses thématiques, les analyses fonctionnelles et les analyses structurales.

Les analyses thématiques : elles « *tendent principalement de mettre en évidence les représentations sociales ou les jugements des locuteurs à partir de l'examen de certains éléments du discours* ». Elles se subdivisent en l'analyse catégorielle et l'analyse de l'évaluation. L'analyse catégorielle se fonde sur le principe qu'une idée ou un sujet qui revient plusieurs fois montre l'importance de cette dernière pour l'informateur. Il est donc important pour le chercheur de rester attentif sur les mots ou des thèmes qui reviennent ou sur lesquels le locuteur cherche à s'y attarder tout au long de l'entretien. L'analyse de l'évaluation quant à elle porte sur les jugements et l'appréciation que le locuteur porte. Les analyses thématiques nous ont donc permis de relever non seulement l'encrage culturel de l'onchocercose et de son traitement au niveau des mentalités culturelles mais aussi de relever la symbolique et les représentations de la maladie et de son traitement dans le groupe culturel d'étude.

Les analyses fonctionnelles : elles s'intéressent aux « *formes et l'enchaînement du discours* ». Elles se distinguent en deux ; l'analyse de l'expression et l'analyse de l'énonciation. L'analyse de l'expression, en se focalisant sur le vocabulaire, les hésitations l'ordre des mots, la forme et la longueur des phrases, permet de prendre la mesure des dispositions idéologiques et l'état d'esprit du locuteur. L'analyse de l'énonciation ou des énoncés du discours porte sur la dynamique du discours qui produit dans son évolution des révélations que le chercheur peut identifier dans les répétitions et les ruptures sur le rythme du discours. Les analyses fonctionnelles ont donc permis de visualiser au travers des discours, les représentations, les pratiques et les attitudes.

Les analyses structurales : elles mettent l'accent sur l'agencement des éléments du message en tentant de dévoiler l'implicite ou les sous-entendus des messages. Elles sont également subdivisées en deux sous variantes : l'analyse des co-occurrences qui examine les associations des thèmes dans les séquences de communication. Elle est ainsi censée informer

le chercheur sur les préoccupations latentes du locuteur. L'analyse structurale proprement dite a pour but de mettre en évidence les principes qui organisent les éléments du discours. Il permet ainsi au chercheur de structurer et de rendre intelligible le discours du locuteur. Cette dernière approche analytique nous a permis de cerner les discours et de mettre en évidence l'implicite, le non-dit ou le sens caché dans le discours qui voile les pratiques, les comportements et les attitudes de santé et de soins dans le groupe culturel bamoun.

0.13.1.1. Procédure d'analyse des données

Les données collectées sur le terrain et enregistrées sur un enregistreur numérique, ont été transcrites et stockées dans un disque amovible puis dans une base de données créée sur un ordinateur. Pour ce qui est des notes prises à l'occasion des entretiens informels et les observations, elles ont été saisies et enregistrées dans un ordinateur à travers l'application Microsoft Word. Après cette étape, nous avons procédé à l'organisation des données par thèmes et par sous thèmes. Nous avons par la suite procédé par élimination puis ajouté des commentaires et explications des différentes données sélectionnées. Cette étape permet de comparer les points de vue des informateurs sur les thématiques abordées et en ressortir les divergences et les convergences. Cette classification a par ailleurs aidé à la formation et à l'organisation des chapitres descriptifs et analytiques.

0.13.2. Interprétation des données

Interpréter c'est donner un sens, c'est produire de la signification aux données, à des éléments concrets. Parlant de l'importance de l'interprétation dans les sciences sociales, Farrugia, F. (2005 : 14), souligne que le langage et les faits n'expriment pas toujours ce qu'ils laissent voir ou entendre en première intention. Il le dit en ces termes ;

Ni les faits ne sont tout à fait ce qu'ils sont, ni le langage ne dit exactement ce qu'il dit. En conséquence l'interprétation est requise pour qui se soucie de "savoir". Il faut toujours trouver le sens "d'en-dessous". Toute culture est dans cette mesure une organisation collective de l'interprétation du monde et les sciences de l'homme ont à interpréter ces interprétations pour comprendre l'organisation humaine du vivre ensemble, pour appréhender les ressorts du lien social. Farrugia F. (2005 : 14).

Pour cela, l'interprétation est nécessaire pour déceler le ou les savoirs qui se cachent derrière ce que l'on voit ou entend, derrière ce que les informateurs disent ou derrière ce que le chercheur observe sur les comportements et écoute dans les discours des individus. L'interprétation implique la convocation des théories, d'où la nécessité de construire un cadre théorique « *qui servira de clé de compréhension des données* » (Mbonji, Edjenguèlè. 2005 : 16). Il a donc été important d'interpréter et de signifier les informations collectées. Pour ce fait,

l'interprétation des résultats s'est faite à la lumière du cadre théorique adopté pour cette recherche de Thèse. Par cadre théorique, on entend un construit qui permet au chercheur de saisir la réalité étudiée dans un cadre bien déterminé. Ce construit peut se faire à partir d'une ou de plusieurs théories. Notre cadre théorique est donc construit à partir de l'ethnométhodologie de Garfinkel Harold, de l'approche écologique de Ann Mc Elroy et Patricia K. Townsend, et l'approche culturelle interprétative avec Arthur Kleinman et Byron good.

0.14. Délimitation de l'étude

La délimitation de l'étude passe par la présentation du cadre spatial et temporel, et la délimitation scientifique.

0.14.1. Cadre spatial et temporel de l'étude

Le cadre spatial choisi pour cette étude est le département du Noun à l'Ouest du Cameroun. Dans cette aire géographique, la collecte des données s'est faite dans les Arrondissements/communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Le choix de ces zones a été motivé par la forte prévalence et l'importance des campagnes thérapeutiques organisées dans ces localités autour des cinq dernières années. Outre ces informations, la qualité de l'environnement dans ces zones selon les descriptions entomologiques de la maladie et l'observation du mode de vie et des comportements culturels, est favorable au développement de l'onchocercose. Pour ce qui est du cadre temporel, la durée de cette étude date de 2018 à 2023.

0.14.2. Délimitation scientifique

Cette étude s'inscrit dans le cadre général de l'Anthropologie et de l'anthropologie de la santé en particulier. Elle est donc consacrée à l'étude des comportements de santé à l'image des pratiques et des représentations autour d'une maladie qui depuis plusieurs décennies fait corps avec la culture locale. Elle est simplement une description et une analyse des modes de vie du groupe culturel avec un accent sur la problématique sanitaire que tente de saisir cette étude.

0.15. Limites du travail

Les limites de ce travail de thèse sont d'ordre spatial et scientifique.

0.15.1. Limites spatiales

La présente étude s'est réalisée dans trois arrondissements du département du Noun dans la région de l'Ouest-Cameroun. Elle a principalement été focalisée dans la localité de Fosset à Foumbot, les localités de Kouoptamo et de Massangam. Toutefois, elle pourrait s'étendre à l'ensemble du département du Noun et même de la région de l'Ouest ou encore dans toutes les régions du Cameroun puisque l'onchocercose est endémique à toutes les régions du Pays.

0.15.2. Limites Scientifiques

Cette étude s'inscrit dans le champ de l'Anthropologie en général et de l'Anthropologie médicale en particulier. Il est question de décrire les comportements culturels de santé des communautés, leur rapport à l'onchocercose et des programmes de santé communautaires organisés, puis analyser les données sur les perceptions et les représentations autour de l'onchocercose et les pratiques locales de santé y relatives ainsi que les activités socioculturelles qui rendent compte de la persistance de la maladie dans les communautés.

0.16. Difficultés rencontrées

Comme tout travail de recherche à l'échelle humaine, cette étude n'a pas été exempte de difficultés. Faire face aux difficultés constitue pour le chercheur un moyen de renforcement des capacités et de maturité dans la recherche. Il est parfois impossible de se construire sans se confronter aux difficultés. Vu sur cet angle, il devient une nécessité scientifique de se confronter à des difficultés au cours d'un processus de recherche. Nous nous réservons de présenter les difficultés rencontrées d'autant puisqu'elles n'ont pas pour autant empêché la réalisation de ce travail.

0.17. Plan du travail

Ce travail est structuré ainsi qu'il suit : les pages préliminaires (dédicace, remerciements, résumé, abstract, et listes). La suite du travail est organisée en une introduction générale, suivie de sept chapitres et d'une conclusion générale ;

L'introduction générale jette les bases de cette recherche de thèse. Il présente ainsi le contexte de l'étude ; la justification du choix du sujet ; le problème ; la problématique ; les questions de recherche, les hypothèses de recherche et les objectifs de recherche ; l'intérêt de l'étude ; la méthodologie ; la délimitation de l'étude ; les limites et le plan de présentation du travail. Le chapitre 1, intitulé « *Monographie des sites de l'étude : Foumbot, kouoptamo et Massangam* » consiste en la présentation du cadre physique et socioculturel de l'étude. Le

chapitre 2 intitulé « *Revue de la littérature, élaboration des concepts et cadre théorique* », passe en revue les données secondaires existantes autour de la thématique abordée dans le travail, puis fait une mise au point terminologique et se termine par la présentation des différentes théories utilisées pour l'interprétation des données de ce travail.

Les chapitres 3, 4, 5, 6 et 7, sont des chapitres qui portent sur l'ethnographie de la persistance de l'onchocercose dans les localités cibles. Ils décrivent la réalité de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Fosset, Kouoptamo et Massangam.

Dans le chapitre 3 par exemple, nous y analysons les logiques culturelles explicatives de la persistance de ces pathologies et de l'onchocercose tout en cherchant les possibles usages culturels attribués aux Mectizan et les programmes de prévention organisés de façon occurrente au sein des communautés.

Le quatrième chapitre intitulé « *mise en œuvre de la prévention de l'onchocercose dans les communautés bamoun de Fosset, Kouoptamo et Massangam* », analyse la mise en œuvre des programmes et la description des mécanismes de gestion des programmes dans les communautés ciblées.

Le chapitre cinq s'intitule « *Distributeur communautaire et les stratégies alternatives de la lutte contre l'onchocercose dans la localité de Massangam* ». Il examine la situation du distributeur communautaire, acteur principal et incontournable pour l'atteinte des objectifs de couverture géographique et thérapeutique. Ce chapitre analyse également la mise en œuvre de la stratégie alternative appliquée dans les zones de hot-spot dans la localité de Massangam.

Le chapitre six, intitulé « *Analyse des facteurs de persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Massangam et Fosset* » présente les facteurs de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun.

Le chapitre sept intitulé « *Perspectives d'interprétation des pratiques culturelles liées à la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Massangam et Fosset* » est consacré à l'interprétation de la persistance des pathologies tropicales comme maladies culturelles.

La conclusion générale, la bibliographie, les indexes, les annexes et la table des matières clôturent ce travail.

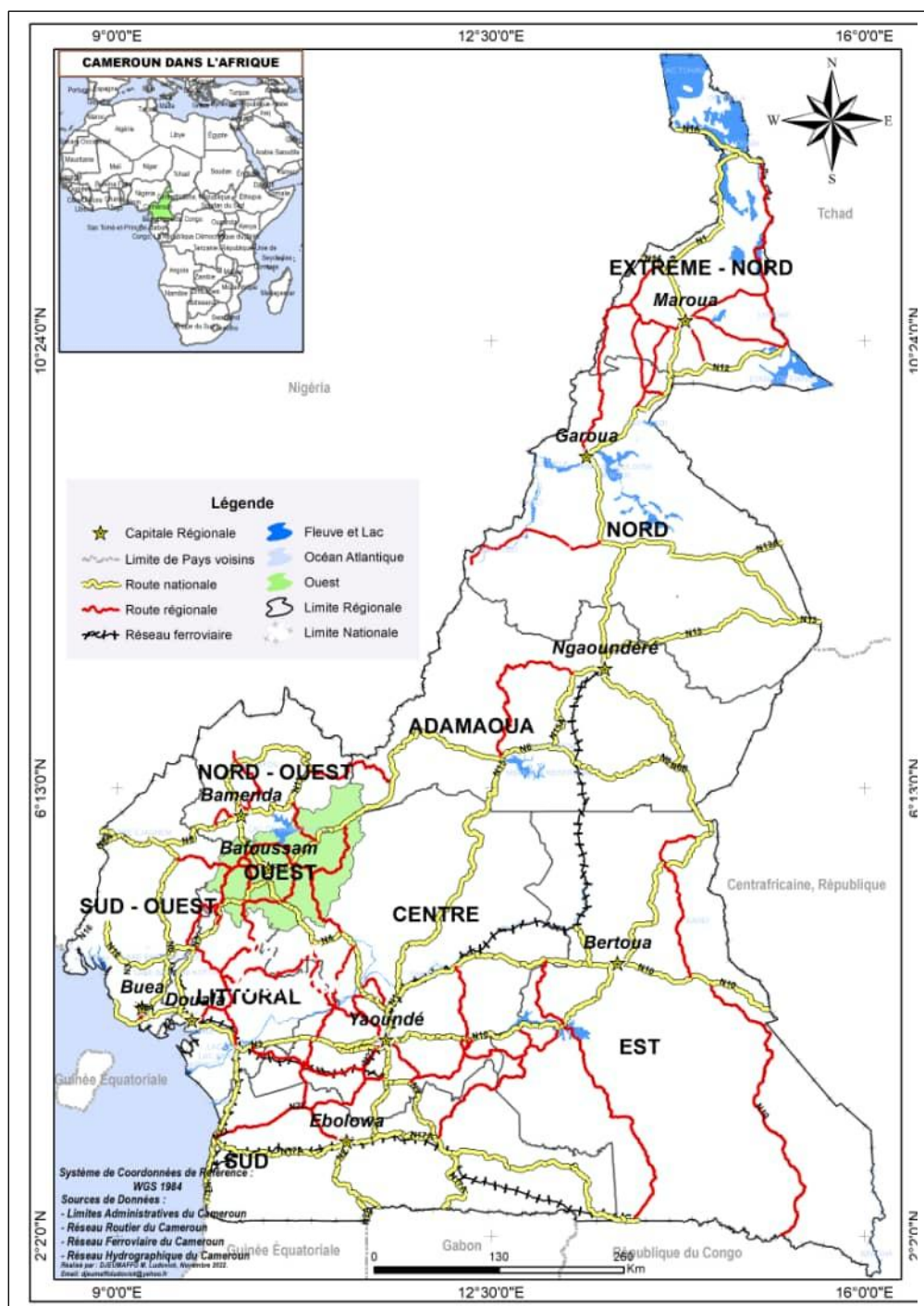
CHAPITRE 1

MONOGRAPHIE DES SITES DE LA RECHERCHE :
FOUMBOT, KOUOPTAMO ET MASSANGAM

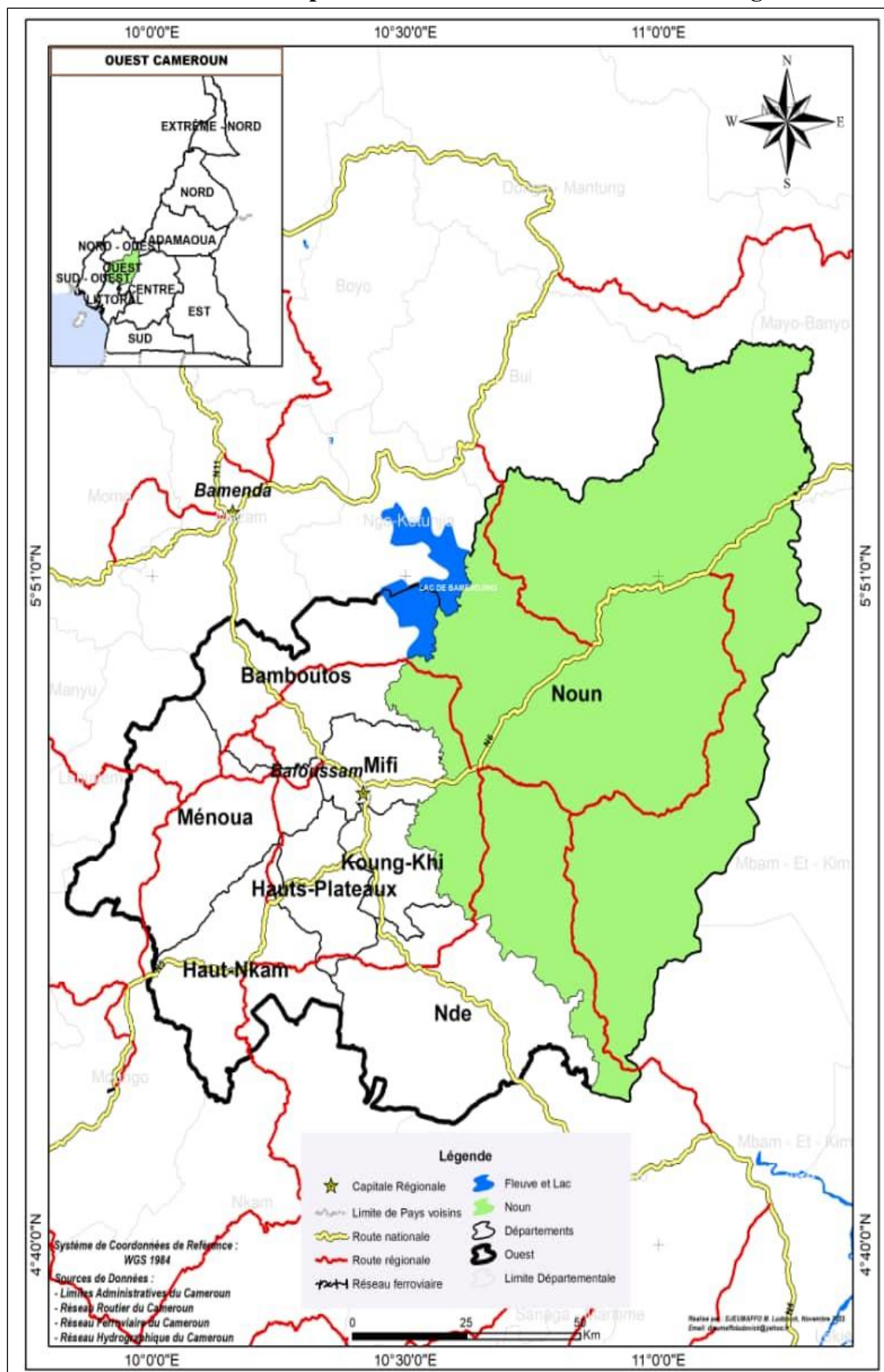
Introduction

Ce chapitre intitulé « *Monographie des sites de la recherche :Foumbot, Kouoptamo et Massangam* » fait une présentation du cadre spatial de la recherche sur le plan physique, humain, socioéconomique et culturel. Un accent particulier a été mis sur le climat, l'hydrographie, le cadre humain, politique, sanitaire, etc. Trois communautés dans le département du Noun à l'Ouest du Cameroun ont constitué les sites de l'étude. Il s'agit notamment des districts de santé de Foumbot, Kouoptamo et Massangam. Aussi est-il important de présenter les cartes administratives.

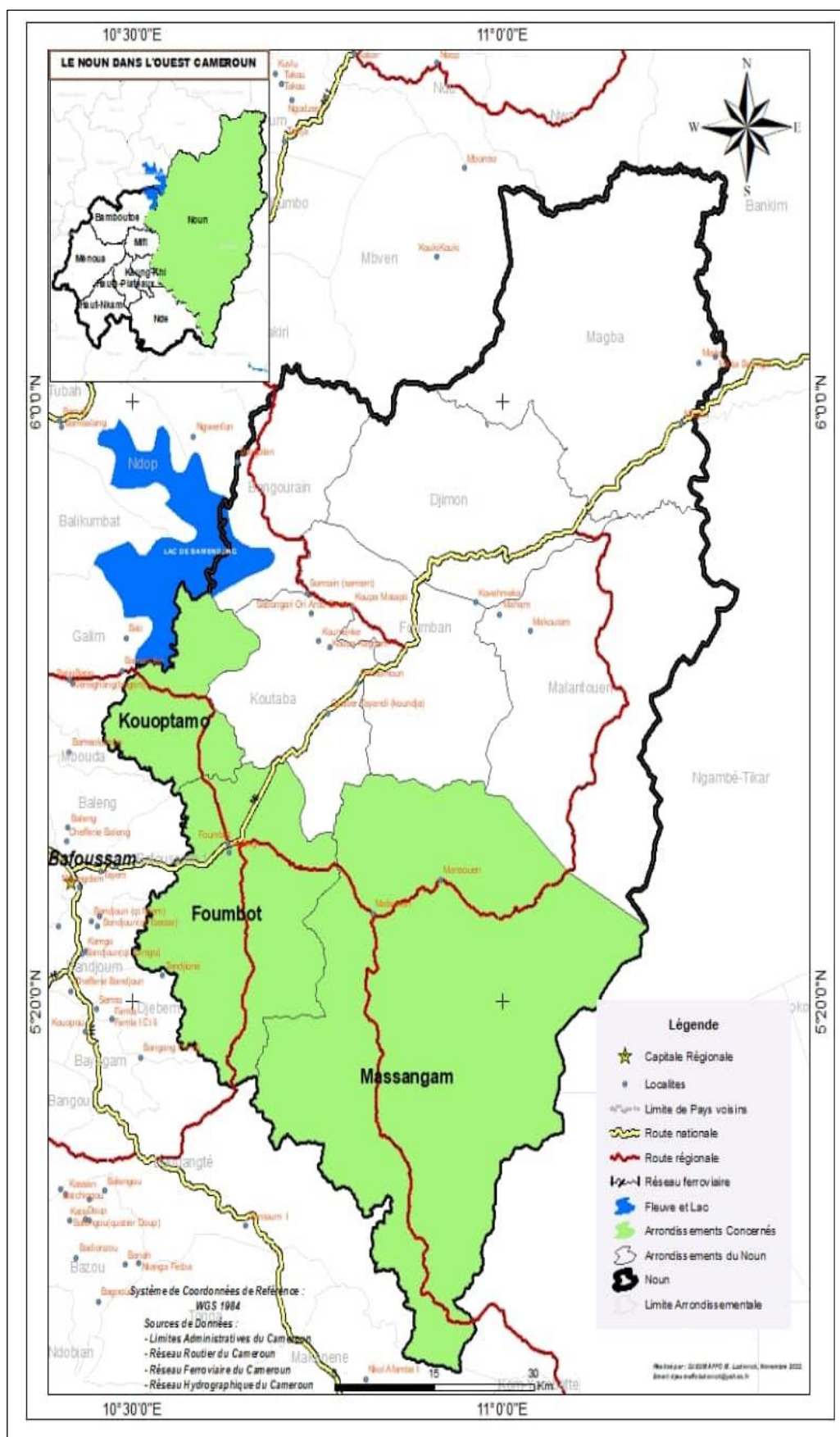
Carte 2: localisation de la région de l'Ouest sur la carte du Cameroun



Carte 3: localisation du département du Noun dans la carte de la région de l'Ouest



Carte 4: localisation des arrondissements de Kouoptamo, Foubot et Massangam dans la carte du département du Noun



1.1. Sites de la recherche

Avant de présenter chacune de ces localités, il convient de faire une brève présentation du Cameroun.

1.1.1. Présentation du Cameroun

Elle a pour principales articulations : la situation géographique, le milieu naturel, la population, l'organisation politique et administrative.

1.1.1.1. Situation géographique

Le Cameroun est un pays d'Afrique centrale situé au fond du golfe de Guinée entre le 2^{ème} et le 13^{ème} degré de latitude Nord, le 9^{ème} et le 16^{ème} degré de longitude Est. Il a une superficie d'environ 475 650 Km² dont 466 050 Km² de surface continentale et 9 600 Km² de superficie maritime. Il s'étend du Sud au Nord sur près de 1200 Km et sur sa base d'Ouest en Est sur 800 Km. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au Sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Équatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au Nord par le Tchad. (Stratégie Sectorielle de Santé au Cameroun 2016-2027).

Le Cameroun est situé au-dessus de l'équateur entre le tropique du cancer au Nord et le tropique du capricorne au Sud, l'impliquant ainsi dans la problématique des maladies tropicales négligées.

1.1.1.2. Milieu humain

Sur le plan humain, le Cameroun est caractérisé par une mosaïque humaine de plus de 230 ethnies, réparties en six grands groupes, à savoir : les Soudanais, les Hamites et les Sémites que l'on retrouve dans les régions de l'Adamaoua, du Nord et de l'Extrême-Nord. Ces derniers sont généralement animistes ou islamisés. Nous avons les Bantous, les semi Bantous et apparentés, et les Pygmées dans le reste du pays. Ceux-ci sont majoritairement animistes ou chrétiens. (Rapport EDS 2004 ; Stratégie Sectorielle de Santé au Cameroun 2001-2015). Bien que ces groupes ethniques et linguistiques vivent dans les localités bien déterminées, ils sont également éparpillés sur le territoire national du fait, d'une part, des déplacements internes favorisés par la politique d'intégration nationale qui veut que chacun se trouve partout chez soi, d'autre part, du fait des crises armées ces dernières années (crise dite anglophone au Nord-Ouest et au Sud-Ouest, les menaces terroristes dans la région du Nord et de l'Extrême-Nord) qui contraignent les populations à se déplacer. Le flux permanent des populations induit le déplacement et la transmission des maladies d'une région à une autre. C'est le cas du vecteur

de l'onchocercose transmis d'une personne à l'autre. Ensuite, cette diversité humaine et culturelle suppose également une pluralité de perceptions autour des problèmes sanitaires, principalement l'onchocercose. Le groupe culturel Bamoun est dominant dans le département du Noun, notamment dans les districts de santé de Kouoptamo, Fosset et Massangam.

Pour ce qui est du milieu naturel, il est très diversifié et représentatif des différentes zones géographiques et écosystémiques. Le plateau central a une végétation de forêt dense, un vaste réseau hydrographique et un climat chaud et humide avec des précipitations abondantes. La plaine côtière est une région de très faible altitude avec une végétation de mangrove prédominante et une pluviosité abondante. Cette forte pluviométrie alimente les courants des cours d'eau, favorisant ainsi le développement des vecteurs de l'onchocercose à savoir la simule.

La région de terre volcanique qui constitue les hauts plateaux de l'Ouest a une végétation dense et un climat frais. Le plateau de l'Adamaoua présente un climat de type soudano-sahélien tempéré avec des savanes arbustives et des forêts galeries. La plaine de la Bénoué est dominée par une savane herbeuse et parsemée de steppes. Son climat est de type sahélien. De façon générale, le climat devient chaud et les précipitations se raréfient au fur et à mesure que l'on va vers le Nord. (Stratégie Sectorielle de santé au Cameroun 2016-2027). Ce milieu naturel avec notamment un réseau hydrographique très riche et une importante végétation spécifique aux zones de la région tropicale, influencé par le climat et la pluviométrie, rend le Cameroun favorable à la reproduction des simules, vecteurs de l'onchocercose et d'autres agents vecteurs de maladies dites tropicales. Il faut préciser que les localités de Kouoptamo, Foubot et Massangam dans le département du Noun situées dans les Hauts Plateaux de l'Ouest ne sont pas épargnées.

1.1.1.3. Caractéristiques de la population

La population du Cameroun est estimée en 2005 à 17 463 836 habitants avec un effectif de 8 831 800 femmes et 8 632 036 hommes. Soit 50,6 % de femmes et 49,4% d'hommes. Le rapport Homme-Femme est de 97,7 hommes pour 100 femmes. Par ailleurs, les femmes constituent 51,3% de la population en zone rurale. Pour ce qui est de la densité de la population, selon le 3^{ème} RGPH de 2005, la région de l'Ouest dans laquelle se trouve les localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam, fait partie des régions les plus densément peuplées avec 123,8 habitants au Km². Selon ce même rapport, l'effectif de la population de la région de l'Ouest est de 1720 047 habitants répartis en 805 478 hommes et 914 569 femmes, soit un rapport Homme-Femme de 88,1 hommes pour 100 femmes. Il faut retenir que la densité de la

population facilite plus rapidement la circulation de la maladie qui se traduit par la transmission d'homme à homme de l'onchocercose au moyen de son vecteur présent dans le milieu de vie des populations.

1.1.1.4. Organisation politico-administrative

Historiquement, le Cameroun est indépendant depuis le 1^{er} janvier 1960. Le 1^{er} octobre 1961, l'État fédéral est proclamé avec deux administrations fédérées et d'une administration fédérale à un état unitaire institué par la constitution du 2 juin 1972. En 1984, notamment le 4 janvier, le pays prend le nom de République du Cameroun à la faveur d'une révision de la constitution adoptée par l'assemblée nationale. La constitution du 18 janvier 1996 consacre la séparation des trois pouvoirs à savoir, le pouvoir exécutif, le pouvoir législatif et le pouvoir judiciaire. La vie politique du pays s'est profondément transformée à la suite de la restauration de la démocratie pluraliste en 1990. Cette évolution institutionnelle s'est accompagnée d'une évolution de l'organisation administrative.

- **Organisation administrative**

Sur le plan administratif, le territoire national est organisé en 10 régions, 58 départements, 360 arrondissements placés respectivement sous l'autorité des Gouverneurs, Préfets et Sous-Préfets. Le décret N° 2008/376 du 12 Novembre 2008, portant sur l'organisation administrative de la république du Cameroun, transforme les districts en arrondissements. L'appellation district reste cependant en vigueur sur la carte sanitaire nationale. Les collectivités territoriales décentralisées sont des personnes morales de droit public jouissant de l'autonomie financière et administrative pour la gestion des intérêts régionaux et locaux. Elles s'administrent librement par des conseillers élus et dans les conditions fixées par la loi. (INS, 2015).

- **Organisation politique**

Sur le plan politique, l'impulsion du vent de l'Est de 1990 avec l'ouverture du multipartisme, le paysage politique s'est considérablement enrichi. Le nombre de parti politique est passé de 1 à un peu plus de 300 de 1990 à nos jours. La loi du 19 décembre 2000 crée l'Observatoire Nationale des Élections (ONEL) et statue sur le financement des partis politiques et les campagnes électorales afin de rendre celles-ci plus transparentes. Après quelques manquements observés, l'ONEL est remplacé le 29 décembre 2009 par une nouvelle structure appelée Elections Cameroon (ELECAM) qui a des missions beaucoup plus importantes à savoir

l'organisation et la supervision des opérations de vote dans le pays. (INS 2015, Annuaire statistique du Cameroun).

Par ailleurs, de nos jours, la loi d'orientation sur la décentralisation du 22 juillet 2004 prévoit le transfert des compétences et des ressources aux communes. Dans le domaine de la santé, le décret N° 2016/0246/PM précise les compétences transférées aux communes, notamment la construction de l'équipement et la gestion des centres de santé intégrés (CSI). En outre, les Maires assurent la présidence des comités de gestion des hôpitaux de district (HD) et des Centres médicaux d'arrondissements (CMA), tandis que celle des Hôpitaux régionaux et centraux est confiée au délégué du Gouvernement auprès de la commune urbaine que l'on appelle aujourd'hui Maire de Ville ou super Maire. (Stratégie Sectorielle de Santé au Cameroun 2016-2027). L'application de cette politique administrative n'est pas très effective dans les communes de Kouoptamo, Foumbot et Massangam, mais il faut dire de source empirique que certains responsables de formation sanitaire en place sollicitent régulièrement les Maires pour leur appui à la prise en charge des Distributeurs Communautaires (DC) dans le cadre des campagnes de couverture de Mectizan pour la lutte contre l'onchocercose.

- **Politique sanitaire nationale**

Sur le plan sanitaire, selon l'enquête démographique et de santé (EDS 2004), quatre étapes majeures ont jusqu'ici marqué la politique sanitaire nationale. Il s'agit de la période coloniale qui a été marquée par la stratégie d'une médecine mobile initiée par le Docteur Eugène Jamot dans le cadre de la lutte contre la maladie du sommeil, spécifique aux zones tropicales, la gratuité des soins médicaux pour les administrateurs coloniaux, les militaires, les religieux et accessoirement aux colonisés, l'extension du réseau sanitaire vers les zones rurales, la formation médicale et para médicale, la mise sur pied des programmes de lutte contre les maladies endémiques et locales. Après la période coloniale, s'en est suivie la période post-indépendance. Au cours de cette période le Cameroun est dans une phase expérimentale axée sur la santé communautaire avec pour principal objectif d'expérimenter des approches de santé communautaires susceptibles d'assurer aux populations des soins de santé en adéquation avec les réalités locales. Il y a également la période après la conférence d'Alma Ata de 1982. Elle est caractérisée par la mise en œuvre des soins de santé primaires avec comme slogan « *Santé pour tous en l'an 2000* ». Actuellement la politique sanitaire prend en compte les résolutions des rencontres entre les États africains au cours desquelles d'importantes stratégies ont été élaborées. Parmi ces différentes stratégies on compte celles concertées de lutte contre les

maladies tropicales et notamment le TIDC avec le Programme Africain pour la lutte contre l'Onchocercose (APOC).

Depuis les années 2009, la politique socio-économique est par ailleurs traduite par des documents de stratégie tels que Cameroun Vision 2035 dont le but est de faire du Cameroun un pays émergent à l'horizon 2035 ; le DSCE qui depuis l'année 2020 est désormais remplacée par la Stratégie Nationale de Développement 2020-2030 (SND 30), est le cadre de référence de la politique et de l'action gouvernementale ainsi que le lieu de convergence de la coopération avec les partenaires techniques et financiers en matière de développement. Les stratégies sectorielles, particulièrement la Stratégie Sectoriel de Santé, définit les actions et les objectifs à atteindre pour le développement sanitaire pour une période déterminée. Celle en vigueur aujourd'hui est la Stratégie Sectorielle de Santé pour la période de 2016 à 2027. Cette stratégie entre en cohérence avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement et sa mise en œuvre est basée sur les interventions déclinées en domaines ou en catégories et types d'intervention. (Plan Nationale de Développement Sanitaire 2011-2015)

1.1.1.5. Organisation du système de santé

Au Cameroun, la santé forme un système organisé selon une politique permettant de répondre aux préoccupations sanitaires des populations dans l'ensemble du territoire national. On peut y voir quelques manquements mais il est organisé comme suit : offres de soins et services, ressources humaines pour la santé, système d'information sanitaire, financement de la santé.

- **Offre des soins et services**

L'organisation du système national de santé est de type pyramidal et comprend trois niveaux d'organisation :

- niveau périphérique : on compte les formations sanitaires de 4^e, 5^e et 6^e catégorie
- niveau intermédiaire : on retrouve les hôpitaux régionaux et les centres hospitaliers régionaux de référence
- niveau central : nous avons les hôpitaux centraux et généraux.

Au niveau communautaire les programmes de santé utilisent des acteurs locaux (Distributeurs Communautaires, Agents Relais Communautaires, et Agents de Santé Communautaires) pour renforcer l'offre de santé et les activités intégrées. Dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, les acteurs communautaires utilisés sont les Distributeurs Communautaires (DC).

De façon générale, l'offre de soins de santé au Cameroun comporte trois sous-secteurs : un sous-secteur public, un sous-secteur privé et un sous-secteur traditionnel. Le tableau suivant présente succinctement l'organisation de l'offre des soins au Cameroun.

Tableau 3: Organisation du système de santé

Niveau	Structures administratives	Compétences	Structures de soins, établissements spécialisés	Structures de dialogue
Central	Cabinet du Ministre, Secrétariat Général, Directions et Structures assimilées	- Élaboration des concepts, de la politique et des stratégies - Coordination - Régulation	Hôpitaux Généraux, Centre Hospitalier et Universitaire, Hôpitaux Centraux et assimilés, CENAME, CPC, CHRACERH, LANACOME, CIRCB, ONSP	Conseil National de la Santé, d'Hygiène et des Affaires Sociales
Intermédiaire	10 Délégations Régionales	Appui technique aux Districts de santé	Hôpitaux régionaux et assimilés ; Centres d'Approvisionnement Pharmaceutique Régionaux	Fonds Régionaux pour la Promotion de la Santé
Périphérique	189 Districts de Santé	Mise en œuvre des programmes	- Hôpital de District - Cliniques ; - CMA ; - CSI, Cabinet de soins	COSADI; COGEDI COSA; COGE

Source : Plan directeur d'élimination des Maladies Tropicales Négligées au Cameroun 2020-2024

- **Ressources humaines pour la santé**

D'après le plan directeur d'élimination des maladies tropicales négligées au Cameroun de 2020-2024, selon les données 2017 de l'enquête régionale de l'OMS sur les ressources humaines, le nombre de personnel de santé au Cameroun est de 27 978, soit une densité calculée de 11,53 pour 10 000 habitants soit 1,5 médecin pour 10 000 habitants et 9,9 infirmiers pour 10 000 habitants. Pour appuyer le personnel sanitaire dans l'atteinte des objectifs sanitaires au niveau des communautés, les Agents de Santé Communautaire (ASC) et les Distributeurs Communautaires (DC) sont sollicités et c'est le cas avec la lutte contre l'onchocercose dans la stratégie TIDC (Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire).

- **Système d'Information Sanitaire**

Au Cameroun, le système d'information sanitaire passe progressivement à l'informatisation. Ceci permet une gestion en temps réel des données sanitaires dans l'ensemble des districts de santé qui couvre le pays tout entier. On assiste actuellement en effet à une migration progressive de tous les sous-systèmes d'informations sanitaires mis en place par les programmes et projets au cours des 10 dernières années, vers une entité unique DHIS2, qui incorpore les données des Maladies Tropicales Négligées. Les informations produites au niveau des Aires de Santé sont agrégées au niveau du District de Santé. Le défi majeur est la collecte en temps réel des données des campagnes de distribution de masse de l'Ivermectine dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose. Nous avons pendant la collecte des données de cette thèse, assisté à la formation des acteurs sur l'utilisation de ce logiciel informatique de collecte des données sanitaires dans tous les domaines de la santé au Cameroun. Pour le cas d'espèce, ces acteurs étaient particulièrement formés pour la gestion et la transmission des données MTN et particulièrement de l'onchocercose. Notons que la plupart ont encore des lacunes quant à l'utilisation de l'outil informatique du fait de son indisponibilité dans certaines formations sanitaires.

- **Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (SYNAME)**

Le Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels a pour objectif de faciliter l'accès aux médicaments génériques et consommables médicaux aux populations. Le circuit d'approvisionnement va de la Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments et Consommables Médicaux Essentiels (CENAME) vers les formations sanitaires en passant par le Centre d'Approvisionnement pharmaceutique Régional (CAPP). La plupart des médicaments et intrants utilisés dans le cadre de la lutte contre les MTN et particulièrement de l'onchocercose sont gratuits pour le bénéficiaire. Le défi principal ici demeure la pérennisation de cette gratuité après le retrait des divers donateurs.

Tableau 4: Structures du SYNAME

Structures	Niveau d'intervention
- CENAME - Grossistes - Répartiteurs privés - Centrales d'achat du secteur Privé à but non lucratif.	Niveau Central
- CAPP (Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Régional) - Pharmacie des hôpitaux centraux et généraux	Niveau intermédiaire
- Pharmacies des Formations Sanitaires des autres niveaux - Pharmacies Officines Privées - Pharmacies Privées.	Niveau Périphérique

Sources : Plan stratégique d'élimination de l'Onchocercose au Cameroun 2022-2026
D'observation empirique, le Mectizan, principal médicament utilisé dans les campagnes de distribution gratuite se trouve sur le marché de la vente illicite du médicament très fréquenté par les populations locales à Kouoptamo, Foumbot et Massangam. Le tableau ci-dessus présente les structures du Système National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels organisées par niveau d'intervention.

- **Financement de la santé**

D'après le document de Stratégie Sectoriel de Santé du Cameroun 2016-2027, les principales sources de financement du secteur de la santé sont les ménages (70,6%) à travers le recouvrement des coûts et autres paiements directs, le budget de l'État (14,6%), le secteur privé (7.7%), les bailleurs de fonds (6,9%) (Comptes Nationaux de la santé 2012).

Cependant les entraves du côté de la demande persistent et concernent notamment le paiement direct pour la santé par les ménages, la prévalence des dépenses de santé catastrophiques pour 4,7 à 21% des ménages et des difficultés d'accessibilité aux structures de santé en termes d'accès physique, de qualité des services et des soins peu fiables, et de paiements directs variables et élevés (BM-Cameroun 2018 : 124). Actuellement, le financement de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées est très dépendant des financements extérieurs. Les financements nationaux et supranationaux devraient permettre l'extension efficace et durable des interventions. L'absence d'un système d'assurance maladie, tend à exclure les personnes les plus pauvres de certaines prestations de santé. La mobilisation plus importante des ressources locales en l'occurrence au niveau des collectivités territoriales

décentralisées dans la prise en charge des Maladies Tropicales Négligées, notamment l'onchocercose, contribuera fortement à l'atteinte de la Couverture Santé Universelle (CSU).

1.1.1.6. Situation sanitaire générale de la population

D'après le rapport de l'enquête démographique et de santé à indicateurs multiples, les indications sanitaires générales du Cameroun en 2014 indiquent que 72,9% de ménages ont accès aux sources d'eaux améliorées, 4,3% de prévalence du VIH (EDS-2011), 34, 3% de besoins non satisfaits en Planning Familial, une prévalence urbaine de l'HTA de 22,7%, un ratio de mortalité maternelle qui s'élève à 782 décès/100 000 naissances inventoriés, un taux de mortalité chronique de 31,7%, un taux de mortalité infanto-juvénile de 103%, 34,9% de taux d'accès aux toilettes améliorées pour les ménages et un taux de couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) de 79,3% (SSS 2016-2027). Au vu de nombreuses activités de santé publique et de développement connus, ces taux sont aujourd'hui améliorés. Cependant il reste important de faire un état situationnel de certaines maladies dont l'impact reste significatif sur le développement social et économique du pays.

Au niveau socioculturel, l'onchocercose intègre et s'impose sur les comportements de soins tout en imposant la mise en place des politiques sanitaires spécifiques. L'accent sera mis sur les différentes implications des aspects présentés sur l'onchocercose aussi bien sur le plan de la lutte que sur le plan de la prévalence et des activités socioculturelles des populations.

- **Situation du VIH/SIDA**

Le VIH/SIDA continue d'être une préoccupation pour les autorités sanitaires du Cameroun. Il reste une cause importante de mortalité avec un impact significatif sur le développement socioculturel du pays. Il constitue ainsi un problème de santé publique au Cameroun. Les données sur la prévalence du VIH/SIDA au Cameroun laissent voir des variations qui peuvent être associées au sexe, à l'âge, à la région ou à certaines catégories sociodémographiques particulières. Cependant on note déjà que pour ce qui est de la population générale, la prévalence régresse depuis 2004. En effet de 5,5% en 2004, elle passe à 5,1% en 2010 et à 4,3% en 2011 (SSS 2016-2027 ; Rapport EPP-SPECTRUM 2010 ; Annuaire statistique 2011, INS. Cameroun). Entre 2012 et 2013 on observe une augmentation des personnes dépistées au VIH, soit respectivement 512087 et 538252 (Annuaire statistique 2015, INS. Cameroun.) En 2014 la prévalence moyenne du VIH est de 4,3% dans la population de 15-49 ans et 8,1% dans la tranche de 35 à 39 ans et le nombre de nouvelles infections de 58757. Les populations les plus exposées sont les travailleuses de sexe (TS) : 36%, les hommes qui entretiennent des rapports sexuels avec les hommes (HSH MSM) : 24,44% et les Camionneurs

16%. Les autres populations vulnérables sont les détenus, les adolescents et les jeunes, les réfugiés, et les travailleurs des pôles économiques. (SSS. 2016-2027)

Les activités de prévention de nouvelles infections au VIH passent par les sensibilisations sur les mesures préventives et les comportements sexuels responsables et surtout la distribution des préservatifs organisés par les ONG et associations de lutte contre le VIH. Pour la prévention de la transmission mère à l'enfant (PTME), elle est la cause d'infection à VIH la plus importante chez les personnes âgées de moins de 15 ans et le taux de transmission du virus varie entre 15 et 30% pendant la grossesse et l'accouchement, et entre 10 et 20 % durant l'allaitement (SSS 2016-2017). Selon l'annuaire statistique de l'INS, en 2011, sur 228812 femmes enceintes testées, 6,9% étaient séropositives et sur 8940 enfants nés des mères séropositives testées à la polymérase Chain réaction, 865 étaient séropositif. Des travaux de recherche sont cependant faits au quotidien pour améliorer la prévalence générale du VIH au Cameroun.

- **Situation du paludisme**

Le paludisme tout comme l'onchocercose, est une pathologie dont les facteurs déterminants sont environnementaux, socioéconomiques et culturels, non seulement dans le processus d'évolution de la maladie mais aussi dans la mise en place des stratégies et programmes de lutte. Au Cameroun, le paludisme est la première cause de morbidité et de consultation en milieu hospitalier. Les méthodes locales de prise en charge et l'usage répandu des médicaments traditionnelles influencent sur la fréquentation des formations sanitaires. Malgré cela, on enregistre des taux de consultation importants en matière de paludisme. En réalité, les données présentées sont le plus souvent des cas recensés en milieu hospitalier.

Les cas de paludisme sont récurrents et considérés comme très dangereux chez les femmes enceintes et les enfants. Ces deux catégories sont ainsi prioritaires dans le cadre des programmes de lutte contre la maladie au Cameroun. Il est par exemple remis gratuitement aux femmes enceintes la moustiquaire imprégnée à longue durée d'action (MILDA), le Traitement Préventif Intermittents (TPI) et l'exonération sur certains frais de prise en charge des cas de paludisme chez ces dernières. Chez les enfants de moins de cinq ans, la prise en charge du paludisme est complètement gratuite. Selon l'enquête MICS5 par exemple, pour ce qui est de traitement, 86% de femme, ont déclaré avoir reçu un traitement quelconque contre le paludisme en 2014. Pour le traitement préventif intermittent (TPI), 26% de femmes enceintes ont bénéficié d'au moins trois doses en 2014, selon la stratégie sectorielle de santé et le rapport de l'enquête

MICS5 de 2014. Ce qu'il faut retenir c'est que certains aspects de la lutte contre le paludisme sont capitalisés dans la prévention de l'onchocercose. Il s'agit particulièrement des campagnes de distribution des MILDA aux familles qui protègent aussi contre les piqûres nocturnes des simoules, vecteur de l'onchocercose.

- **Situation de la tuberculose**

Au Cameroun la prévalence de la tuberculose humaine est en nette régression au vu des activités de prévention et des méthodes de prise en charge. Entre 2008 et 2014, on a enregistré en effet, une forte régression de la tuberculose au Cameroun. En 2008 8059 malades ont été dépistés et mis sous traitement, 6138 malades guéris, soit 76% de taux de guérison. En 2009, 7413 malades ont été enregistrés (Annuaire statistique de l'INS 2009). En 2014, selon l'OMS, le nombre des cas incidents varie entre 47000 et 49000, soit un taux compris entre 210 et 265 pour 1.000.000 d'habitants. La région de l'Est connaît une augmentation des cas de l'ordre de 35% entre 2013 et 2014 à cause de l'afflux des populations réfugiées en provenance de la République Centrafricaine (Stratégie Sectorielle de Santé).

- **Situation des hépatites virales**

La situation des hépatites virales au Cameroun devient de plus en plus inquiétante. Selon la stratégie Sectorielle de santé 2016-2027, en 2016 la séroprévalence moyenne de l'hépatite virale B est de 12% avec un pic de 17% dans la région de l'Extrême-Nord. La prévalence moyenne de l'hépatite virale B est de 10%. Celle de l'hépatite C est de 1,03% et est plus élevée chez les 50 ans et plus. La comorbidité VIH-Hépatite virale B est de l'ordre de 1,5%. Une grande proportion des hépatites virales est due aux actes de transfusion sanguine. Pour ce qui est de la prévention de l'hépatite virale B de la mère à l'enfant, le Cameroun ne dispose pas de données sur la transmission du VHB de la mère à l'enfant. La vaccination à la naissance des nouveau-nés exposés à l'hépatite virale B n'est pas encore systématique.

- **Situation des Maladies à Potentiel Épidémique (MAPE)**

Le paysage épidémiologique ces dernières années au Cameroun a été particulièrement marqué par la survenue de plusieurs épidémies, notamment le choléra, la méningite bactérienne, la grippe, la rougeole, la fièvre jaune et la poliomyélite. Concernant les zoonoses et les épizooties, le Cameroun a connu au cours de ces dernières années plusieurs épisodes zoonotiques au nombre desquels figurent la fièvre jaune chez les êtres humains, l'anthrax chez les bovidés et primates, la grippe aviaire H5N1 chez la volaille domestique et l'antifoudre, la grippe pandémique, A (H1N1) en 2009 chez les porcs, la fièvre de la vallée du Rift chez les ruminants et les êtres humains, la variole des singes (Monkeypox) chez les chimpanzés. Les

risques épidémiques endogènes ou d'importation de ces maladies à virus Ebola continuent d'être présents. La prise en charge, de ces maladies est assurée dans toutes les structures sanitaires du pays. (Stratégie sectorielle de santé 2016-2027). Ces maladies peuvent s'avérer plus grave chez les populations vulnérabilisées par l'onchocercose pendant des années.

- **Situation des Maladies Non Transmissibles (MNT)**

Au Cameroun, on distingue selon les facteurs de risque communs, cinq groupes de maladies non transmissibles.

1^e groupe : nous pouvons citer l'hypertension artérielle (HTA), autres affections cardiovasculaires, diabète et maladies rénales chroniques. En 2015, selon la Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027, la prévalence nationale de l'HTA était de 29,7% et celle du diabète de 6,6%. Pour les maladies rénales chroniques, la prévalence nationale n'est pas connue mais en 2015 selon le même document, elle est estimée à 14,2% dans la ville de Douala et 14,1% dans celle de Dschang.

2^e groupe : dans le deuxième groupe, les maladies classées sont les cancers, l'asthme et les autres affections respiratoires chroniques. Les cancers les plus fréquents sont ceux du sein (18,5%), du col de l'utérus (13,8%), de la prostate (7,3%) et de la pie (3%). L'incidence du cancer au Cameroun et plus précisément chez les femmes en âge de procréer est bien réelle. La proportion de décès liés au cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans était de 43% en 2010. Selon le comité national de lutte contre le cancer au Cameroun, 12000 cas diagnostiqués et 14000 nouveaux malades ont été enregistrés entre mai 2016-2017.

Pour ce qui est de l'asthme, la prévalence nationale n'est pas connue mais en 2014, elle était de 2,3% dans la ville de Yaoundé et les taux de mortalité liés aux infections respiratoires chronique s'élèvent à 131 pour 100.000 hommes contre 85 pour 100.000 femmes.

3^e groupe : il regroupe les affections bucco-dentaires, les troubles visuels et auditifs chroniques. Les prévalences nationales des affections bucco-dentaires et visuelles ne sont pas connues. Mais selon la stratégie sectorielle de santé au Cameroun, certaines études réalisées font état des prévalences des caries dentaires de 73,3% chez les 9-12 ans, de 92,3% chez les 13-17 ans en 1999 dans les zones rurales de la région du Nord-Ouest. Pour ce qui concerne les troubles visuels chez les personnes âgées, l'opacification partielle ou totale du cristallin (cataracte) est fréquente et est responsable de 50% des cas de cécité, et le glaucome représente 2 à 6% des cas. En ce qui concerne la prévalence des déficiences auditives, elle est de 1,2% au Cameroun. Dans la région du Nord-Ouest, elle varie en fonction des tranches d'âge, atteignant 15% chez les personnes de 50 ans et plus contre 1,1% chez les moins de 17 ans.

4^e groupe : l'épilepsie, et les autres affections neurologiques, la drépanocytose, les maladies génétiques et dégénératives y compris les maladies mentales et rhumatologiques sont classées dans ce quatrième groupe. En 2008, l'on estime la prévalence de l'épilepsie au Cameroun à 5,8% en milieu hospitalier. Les localités les plus touchées sont le Mbam (6%), la Lékié (5,9%), le Nkam, le district de santé de Mbengui, de Batibo, Kumbo et Nda et la ville de Garoua. La tranche d'âge de 10 à 29 ans en est la plus affectée (82,2%). Selon l'OMS, la prévalence du trait drépanocytaire au Cameroun varie entre 12% et 30%, soit une population d'environ 3,5 millions de personnes avec près de 2% d'homozygotes. En ce qui concerne la schizophrénie, la prévalence est estimée à 1% au Cameroun, soit environ 211 430. Selon l'OMS, le poids des affections mentales neurologiques et d'abus de substances illicites était estimé à 225 000 années de vie corrigées par l'incapacité (AVCI), soit 1432 AVCI pour 100 000 habitants.

La prise en charge de ces maladies est souvent très onéreuse et devient plus difficile encore chez les populations économiquement affaiblies par les effets de l'onchocercose.

1.1.1.7. Situation de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN)

Comme tous les pays situés entre les tropiques et vulnérables à plusieurs maladies spécifiques dites Maladies Tropicales Négligées, le Cameroun souscrit à divers programmes de l'OMS destinés à la lutte contre ces maladies.

- **Contexte général de la lutte contre les maladies tropicales négligées**

Selon le Plan directeur d'élimination des maladies tropicales négligées au Cameroun 2020-2024, à la fin des années 1990, la lutte contre les maladies tropicales s'est organisée au niveau national. Le Groupe Technique National de Lutte contre l'Onchocercose a vu le jour en 1998, suivi par les Programmes Thématiques de Lutte contre les Géohelminthiases et la Schistosomiase (2003), le trachome (2003) et plus récemment celui de lutte contre la lèpre, le pian, la leishmaniose et l'ulcère de Buruli (2009). La lutte s'est davantage structurée après la Création de l'Unité de Coordination Nationale de Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (UCNLIMTN) par l'Arrêté N° 1611/A/MINSANTE/CAB/SG/DLM du 21 Octobre 2013, au sein de la Direction de Lutte contre la Maladie, les Épidémies et les Pandémies. C'est dans ce contexte que des Plans Directeurs de lutte contre les MTN successifs 2012-2016 et 2016-2020 ont été élaborés.

- **Co-endémicité des Maladies Tropicales Négligées**

La plupart des MTN sont co-endémiques à plusieurs maladies tels que le VIH, la tuberculose, le paludisme, etc., c'est généralement ce qui plaide en faveur de l'intégration des activités pour celles ayant des stratégies de lutte semblables. En réalité, dans la mise en œuvre des activités de campagne de couverture thérapeutique, la campagne de lutte contre l'onchocercose est souvent associée à celle du déparasitage (schistosomiase et géo helminthiases), du paludisme à travers la campagne de distribution de la Moustiquaire imprégnée par exemple.

Tableau 5: cartographie des MTN prioritaires

Nom de la maladie endémique	Nombre de Districts cartographiés	Nombre de Districts connus endémiques	Nombre de Districts encore à cartographier
Schistosomiase	189	80	0
Géo helminthiases	189	189	0
Onchocercose	189	177	0
Filariose lymphatiques	189	137	0
Trachome	60	17	0
Ver de Guinée	Surveillance	Surveillance	Surveillance
Trypanosomiase	5	5	--
Ulcère Buruli	5	5	Surveillance
Lèpre	102	102	Surveillance
Leishmaniose	0	7	45
Pian	52	37	Surveillance

Source : Plan directeur d'élimination de Maladies Tropicales Négligées au Cameroun 2020-2024

Selon cette cartographie de la situation des Maladies Tropicales Négligées, on peut se rendre compte que l'onchocercose est identifiée dans 177 districts de santé comme maladie endémique.

- **Mise en œuvre du programme de lutte contre les MTN**

La mise en œuvre de la lutte contre les Maladies Tropicales Négligées au Cameroun passe par des programmes spécifiques à chaque maladie. L'État du Cameroun a donc créé de nombreux programmes à savoir : le Programme National de Lutte contre l'Onchocercose

(PNLO), le Programme National de Lutte contre la Schistosomiase et les Helminthiases Intestinales (PNLSHI), le Programme National de Lutte contre la Cécité (PNLCé), le Programme National d'Élimination de la Filariose Lymphatique (PNEFL), le Programme National de Lutte contre le Pian, la Leishmaniose, la Lèpre et l'Ulcère de Buruli (PNLPLUB) ; le Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) et le Programme d'éradication du Ver de Guinée. (Plan directeur d'élimination des Maladies Tropicales Négligées au Cameroun 2020-2024).

En ce qui concerne les activités de santé publique, la lutte contre la maladie concerne certaines maladies chroniques (le diabète, l'hypertension artérielle, l'épilepsie, les cancers, la drépanocytose etc.), les maladies épidémiques à savoir le choléra, la rougeole, la méningite etc., les maladies endémiques ou les maladies tropicales parmi lesquelles le paludisme, l'onchocercose, la filariose lymphatique, la trypanosomiase humaine africaine, la schistosomiase, et la cécité. Pour certaines maladies spécifiques, du fait de leurs impacts sur les populations et la vie socio-économique du pays, des programmes ont été mis sur place et notamment le programme de lutte contre le SIDA et la tuberculose, le programme de lutte contre l'onchocercose (PNLO). Les orientations de ces programmes sont consignées dans la stratégie sectorielle de santé.

Pour ce qui est des maladies tropicales négligées, les principales connues au Cameroun sont l'onchocercose, la schistosomiase, les helminthiases, la filariose lymphatique (FL), la lèpre, le pian, le trachome, la tripanosomiase humaine africaine (THA), l'ulcère de Buruli, la leishmaniose et la rage.

En ce qui concerne l'onchocercose, en raison de nombreuses mobilisations, elle est la maladie tropicale la plus connue des populations camerounaises après le paludisme et la fièvre typhoïde. Elle est endémique à toutes les régions et par ricochet connue de tous les groupes culturels du pays. En 2006, 111 districts de santé étaient respectivement hyper et ou méso-endémique à l'onchocercose (Stratégie Sectorielle de santé au Cameroun 2016-2027). En 2007, les données statistiques enregistrées au niveau des régions étaient les suivantes : Extrême-Nord (13,62%), Nord (34,62%), Adamaoua (31,13%), Est (12,40%), Sud (15,60%), et Sud-Ouest (55,56%), (SOCPA A. 2021), En 2013, près de 32000 personnes infectées à l'onchocercose étaient atteintes de cécité et plus de 1,5 millions de personnes infectées présentaient des lésions graves de la peau. Le recours au traitement préventif à l'Ivermectine sous directive communautaire (TIDC) est l'approche de prévention privilégiée de ces dernières années. Selon les statistiques disponibles, le volet de la lutte contre le vecteur reste encore insuffisant ou a été

arrêté du fait des coûts que cela demande. La chimioprévention avec la distribution annuelle du Mectizan/Ivermectine est le seul moyen de lutte qui reste d'actualité. D'ailleurs en 2014, le taux de couverture thérapeutique par le Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC) était de 79, 84% et le taux de couverture géographique s'élève à 98,98% (Stratégie Sectorielle de Santé au Cameroun 2016-2027).

Pour ce qui est de la filariose lymphatique, en 2006, 158 districts de santé étaient hyper et ou méso-endémique (Stratégie Sectorielle de santé au Cameroun, 2016-2027). En 2013, sa prévalence varie de 6% au Nord-Ouest à 1,1% à l'Ouest. Comme l'onchocercose, la prise en charge des cas d'affections fait appel à la polychimiothérapie de masse comme principale stratégie de lutte. La stratégie de lutte est basée sur le traitement de masse à l'Ivermectine et à l'Albendazole dans les zones endémiques. (Stratégie Sectorielle de santé au Cameroun 2016-2027).

En 2016 la prévalence de la schistosomiose au Cameroun est de 2 millions de personnes avec plus de 5 millions à risque d'infection. Les enfants d'âge scolaire, de 5 à 14 ans constituent le groupe vulnérable le plus atteint par cette maladie.

Pour ce qui est des vers intestinaux encore appelé helminthiase intestinales (ascaris, trichocéphale, ankylostome), en 2016 on dénombre 10 millions de Camerounais touchés. Ils infectent plus de 6 millions d'individus en âge scolaire (6-15 ans) qui constituent le groupe le plus vulnérable, soit 50% pour les schistosomioses et 38 à 47% pour les helminthiases intestinales.

Face à l'ampleur de ces affections (schistosomiose et vers intestinaux), la lutte contre ces maladies est axée sur un dépistage régulier et systématique des populations à risque, en s'appuyant sur la participation communautaire, le partenariat et la multisectorialité (Stratégie Sectorielle de santé au Cameroun 2016-2027). L'État Camerounais avec ses partenaires, organisent chaque année, des campagnes de déparasitage systématique dans les communautés, les écoles, et dans toutes les formations sanitaires du pays (Stratégie Sectorielle de santé au Cameroun 2016-2027).

Au début des années deux mille, la lèpre est déclarée ne plus être un problème de santé publique au Cameroun. Cette déclaration entraîne un relâchement des pouvoirs publics envers cette maladie et les centres de prise en charge ont cessé de fonctionner. C'est le cas de la léproserie du Koutaba dans le Noun qui a cessé de fonctionner. Cependant entre 2009 et 2014 des cas ont été enregistrés, soit 435 en 2009, 719 cas en 2014 dont 315 dans l'Adamaoua, l'Est, le Nord et le Sud-Ouest (Annuaire statistique 2011 INS-Cameroun ; Stratégie Sectorielle de santé au Cameroun 2016-2027). Nous avons eu l'occasion sur le terrain de rencontrer des

personnes venues à l'hôpital pour des soins et une infirmière dans la localité de Fosset dans la commune de Foubot a confirmé l'existence des cas dans la localité. « *Il y a même d'autres qui ont eu la lèpre, ils sont venus ici on a fait un traitement et on a référé à l'hôpital de district, et ils ont eu le traitement là-bas* » (Entretien réalisé le 17/04/2020 à Fosset)

Pour ce qui est de l'ulcère de Buruli, il sévit principalement dans la vallée du Nyong dans la région du centre, la cuvette de Bankim dans l'Adamaoua, et la zone de Mbongo dans le Sud-ouest. Cette maladie touche surtout les enfants âgés de 2 à 15 ans. En 2002, 3700 cas cumulés ont été enregistrés dans 64 districts de santé. En 2014, 126 cas ont été diagnostiqués et traités dans les Centres de Diagnostic de la Tuberculose (CDT), (Stratégie Sectorielle de santé au Cameroun 2016-2027). On se rend directement compte d'une absence de centre de traitement spécifique pour l'ulcère de Buruli et Mambo Tamnou, G. N. (2015), relève également cet état de chose.

Pour le Trachome, il est la première cause de cécité avec l'onchocercose. Il est endémique dans 14 districts de santé de la région de l'Extrême-Nord et 3 districts de santé de la région du Nord. En 2014, 11 56 483 patients ont été traités et 3 889 cas de trichiasis ont été dépistés à l'Extrême-Nord affectés par le trachome (SSS 2016-2027).

La Trypanosomiase Humaine Africaine (THA) quant à elle, est également un problème de santé publique au Cameroun. La population à risque est évaluée à environ 70 000 personnes (Socpa, A. 2016). Il existe actuellement cinq foyers actifs sur le territoire national, Campo et Bipindi (Région du Sud), Fontem et Mamfé (Région du Sud-Ouest) et Doumé (Région de l'Est). Des activités ponctuelles de sensibilisation et de mobilisation des communautés sont organisées. Le programme National de lutte contre la trypanosomiase Humaine Africaine (PNLTHA) a été mis en place en 1990. Toutefois, la mise en œuvre des activités planifiées est insuffisante. Au cours des cinq dernières années, plus de 100 000 personnes ont été consultées et 51 cas ont été dépistés et traités. (SSS 2016-2027).

1.1.2. PRÉSENTATION DE LA ZONE D'ÉTUDE

La présentation générale de la zone d'étude passe par la présentation du milieu culturel de l'espace géographique dans lequel se situe notre zone d'étude avec ses spécificités historiques, culturelles et humaines.

1.1.2.1. Cadre historique, culturel et physique du département du Noun.

D'après Mbombo Njoya (1936) cité par Founsié, I. (2004), les Bamoun seraient venus de Rifum, en pays Tikar avec Nchare Yen en 1394. En effet, comme l'explique l'auteur, le Roi de Rifum aurait eu trois enfants qu'étaient Nchare, Marumta et Guoso. Suite à une querelle de succession, les trois enfants, chacun avec une délégation sous ses ordres, quittent le royaume de Rifum pour une destination inconnue. Sur le bord de la rivière Mapé, Nchare, demande à ses frères de le laisser traverser en premier. C'est ainsi qu'après avoir traversé avec sa suite, ce dernier va détruire la pirogue pour ainsi empêcher ses deux autres frères de suivre le même chemin que lui. Sa sœur Gouoso va donc ainsi remonter vers l'amont du fleuve où elle va créer le royaume Bansa. Le frère Marumta descend en aval et se retrouve dans la région du fleuve Mbam actuel où il crée le royaume Mbam. Pendant ce temps Nchare poursuit sa route vers le plateau bamoun. C'est donc ainsi qu'il s'installe dans la capitale actuelle du pays bamoun et par les victoires réalisées remportées au cours de plusieurs guerres, et des ruses, il parvient à étendre le territoire bamoun, l'espace géographique qui représente le département du Noun aujourd'hui. (Founsié, I. 2004).

Au vu de son étendue, le département du Noun est souvent considéré comme occupant un peu plus de la moitié de la région de l'Ouest. Il est limité à l'Est par le Fleuve Mbam, à l'Ouest par le fleuve Noun et dans le Sud par le département de Mbou. Il est entouré par des localités qui abritent cinq groupes ethniques. On retrouve dans cet espace géographique une mosaïque de groupes culturels venus d'abord des localités proches ou limitrophes. Le département du Noun est donc entouré par les Tikars à l'Est, les Bamiléké à l'Ouest, les Bansa au Nord, les Banen et Balon au Sud. La géographie du Cameroun situe donc ce département entre les plateaux bamiléké et la plaine tikar où elle occupe des zones marquées par l'activité volcanique qui aurait assombri la couleur du sol et par conséquent très fertile et favorable à l'activité agricole.

Au-delà des caractéristiques spécifiques du sol et de sa fertilité attrayante, le climat de la région bamoun, de façon générale, comme dans l'ensemble de la région de l'Ouest, est du type équatorial caméronien des montagnes. Ici, les pluies sont régulières et la pluviométrie varie selon les années et il existe deux saisons, une saison sèche et une saison de pluie.

Sur le plan humain, les Bamoun sont majoritairement le groupe culturel le plus important et s'imposent par la langue parlée, le *chu pa mom*. En plus de ce peuple, on retrouve également tous les groupes ethniques dont les territoires sont limitrophes au Noun et les autres moins nombreux à savoir les peuples qui se sont installés pour des raisons qui peuvent être liées

à l'emploi ou à la recherche des terres arables et propices à l'activité agricole comme les communautés Bororo, etc. Ces différents groupes culturels vivent ensemble dans une atmosphère de cohabitation et de collaboration non seulement culturelle mais aussi sur les plans sanitaires et politiques.

Pour ce qui est de l'organisation politique, dans le département du Noun comme dans les autres départements de la région de l'Ouest et du Cameroun, elle est de deux ordres, traditionnel et administratif. Il faut noter que le pouvoir politique administratif, celui adopté par les institutions nationales, prime sur le pouvoir politique traditionnel. Toutefois le pouvoir traditionnel demeure important dans ces communautés et ce dans la mesure où le pouvoir traditionnel couvre l'ensemble du territoire à travers ses représentants. En réalité, dans toutes les localités et villages du département, comme cela a été le cas à Foubot, Kouoptamo et Massangam, on retrouve un ou plusieurs chefs traditionnels qui rendent directement compte à l'autorité traditionnelle suprême qui est le sultan de Foumban. De mémoire, il nous souvient que l'autorité traditionnelle suprême avait le pouvoir de récuser ou d'accepter la création d'une mosquée ou toute autre institution culturelle dans toute l'étendue du territoire ; il gouvernait en seul maître. De nos jours, avec l'éveil des consciences grâce à la démocratie et à l'accentuation des droits de l'homme et des libertés d'association et de culte, certains de ces pouvoirs sont diminués ou tout simplement annulés. En outre, le pouvoir traditionnel est un auxiliaire du pouvoir administratif et de l'État. De ce fait, il est impliqué dans toute activité initiée dans la communauté qui nécessite la participation ou l'implication des membres des communautés sous leur autorité. C'est ainsi que dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose les différents chefs des communautés sont impliqués dans le processus. Sur le plan de l'autorité administrative, le département du Noun est placé sous l'autorité du préfet, des sous-préfets au niveau des arrondissements et des autorités traditionnelles. Sur le plan de l'autorité sanitaire, hiérarchiquement nous avons le délégué régional qui coiffe l'ensemble de la région de l'Ouest, sur le plan administratif, les chefs de district de santé et les chefs des aires de santé. C'est dans ce modèle d'organisation politique que sont implémentés les politiques de santé publique et l'implémentation des activités sanitaires spécifiques et notamment celle de la lutte contre l'onchocercose. C'est donc à l'intérieure de ce macrocosme géographique, politique et humain que s'est déroulé notre étude et principalement dans les villages/arrondissements de Foubot (village Fosset), Kouoptamo et Massangam.

1.1.2.2. Localisation spatiale et humaine du cadre de l'étude

Comme déjà signalé en amont, notre terrain de recherche se trouve dans le département du Noun et trois localités ont été impliquées du fait de la prévalence relative de ces différentes localités ou villages à l'onchocercose qui constitue l'objet principal de cette thèse. Il s'agit donc des localités de Foumbot, Kouoptamo et Massangam. En nous inspirant des observations de terrain et des notes tirées des différents plans de développement communal de ces différentes localités qui occupent le rang de commune ou d'arrondissement selon le découpage administratif du Cameroun, nous nous proposons de présenter ici ces localités sur un plan global et cette présentation implique la localisation géographique, le milieu humain, le climat, la végétation le relief, les sols, etc.

1.1.2.3. Présentation du cadre géographique de l'étude

Le cadre géographique de ce travail concerne les localités de Foumbot, Kouoptamo et Massangam.

- **Foumbot**

Selon le découpage administratif du Cameroun, Foumbot est chef-lieu d'arrondissement et occupe le rang de commune avec une superficie de 579 km². Sur la carte du Cameroun, la commune de Foumbot est située à l'Ouest dans le département du Noun. Cette localité est limitée par la commune de Koutaba au Nord, celle de Kouoptamo au Nord-Ouest, Djebem dans le Sud-Est. Y sont limitrophes encore les communes de Bafoussam un et deux à l'Ouest, et la commune de Massangam à l'Est. Au Sud, elle est limitée par le département du Ndé. Selon le plan communal de développement réalisé en 2014, la population est estimée à un peu plus de 76.486 habitants répartis dans 22 villages. Il faut souligner que sur le plan de l'organisation sanitaire, les populations sont réparties dans 30 villages qui correspondent plus ou moins aux différents secteurs que couvrent les 29 aires de santé du district de santé de Foumbot. Parmi ces différentes aires de santé, nous avons particulièrement orienté nos recherches dans l'aire de santé de Fosset. Ceci est dû au fait que sur le terrain compte tenu des activités et de la situation sanitaire, la situation de l'onchocercose présente plus d'impact dans cette localité. Le village Fosset dans la commune de Foumbot est donc situé à environ 6km de l'axe routier principal qui relie les villes de Fouban et Bafoussam. Ce village couvre une aire de santé couverte avec deux formations sanitaires dont une principale et une secondaire. Le principal quartier appelé *Kuetlieum* est le lieu où se trouve le CSI et l'école publique de la localité. On y retrouve également une zone marécageuse arrosée par la rivière *Chahnké* et un lac que les populations

qualifient de mystique. La zone marécageuse principalement située au quartier *Masset* permet aux populations agricoles de pratiquer l'agriculture en toute saison. Il faut dire que les cultures maraichères sont très développées ici et entrent dans le cadre de la culture locale agricole la plus pratiquée. Les populations de Fosset, en dehors des cours d'eau du milieu, migrent vers d'autres localités marécageuses comme les rives du fleuve Noun au village *Mahngoum* pour cultiver les maraichers. C'est ce qui explique l'importance de l'onchocercose et les cas de cécité observés dans ce village.

- **Kouoptamo**

Tout comme Foumbot, Kouoptamo est une unité administrative au rang de commune. Elle est située dans la région de l'Ouest dans le département du Noun. La commune de Kouoptamo se trouve à environ 47 km de la capitale régionale de l'Ouest, Bafoussam. Par rapport à la capitale départementale, Foumban, la distance est de 48 Km et à environ 14,3 km de Foumbot, soit 15 minutes de route sur la nationale numéro 15. Kouoptamo est limitée au Nord par la commune de Bangourain, au Sud par la commune de Foumbot, à l'Est par la commune de Koutaba et à l'Ouest par celle de Galim. Avec une population estimée à 62.016 habitants, elle a une superficie de 526 Km² et une densité de près de 117 habitants au kilomètre carré. Les zones de fortes densités sont la zone urbaine et les villages Koupara et Njigoumbé. Sur le plan de la santé, la commune de Kouoptamo représente un district de santé constitué d'un hôpital de district et 13 centres de santé intégrés. À ceux-ci s'ajoutent les centres de santé privés et les cliniques traditionnelles qui sont dans l'informelle. Le principal groupe ethnique dans cette commune est celui des Bamoun (70%), les Bamiléké (20%) et les communautés Bororo (10%). L'islam et le christianisme sont les deux principales religions pratiquées par les populations de la commune. (PDC Kouoptamo, 2015). Cette unité administrative est entourée des cours d'eau qui la prédisposent à la présence des simulies, vecteurs de l'onchocercose, d'où la régularité des campagnes de masse de distribution du Mectizan dans les villages et les quartiers de la localité.

- **Massangam**

Le village Massangam, du fait de son étendue géographique et de l'importance de sa population, représente en même temps une commune et un arrondissement sur le plan du découpage administratif au Cameroun. Cela veut dire qu'on y retrouve l'autorité administrative et une représentation des collectivités décentralisées qu'est la commune. En tant qu'unité administrative, la commune de Massangam partage le même territoire géographique que

l'arrondissement du même nom. Occupant les 30% de la superficie totale du département du Noun, l'arrondissement de Massangam a une superficie de 2.216 km² avec un réseau routier très dégradé tant sur les voies principales que sur les voies de ralliement entre les différents villages. Ceci influence les activités de distribution et de couverture géographique et par conséquent thérapeutique des campagnes de distribution du Mectizan. Avec une population estimée à 71.449 habitants répartis dans 26 villages, l'arrondissement de Massangam est limité au Sud par la commune de Bafia dans le département du Mbam et Inoubou. Cette zone où l'on retrouve les villages de Makouopsap, Makakoun, Njinjah-Njingouot est fortement endémique à l'onchocercose du fait de la proximité du fleuve Mbam qui constitue une réserve importante des gîtes favorables au développement du vecteur de l'onchocercose. En effet les abords de ce fleuve sont favorables aux activités agricoles de saison et surtout à la culture maraichère. Au Nord la commune de Massangam est limitrophe à la commune de Malantouen, à l'Est par la commune de Ngambé Tikar dans le département du Mbam et Kim et à l'Ouest par celle de Foubot. Pour ce qui est de la population, elle appartient pour la plupart au groupe culturel bamoun. En plus de cette population plus ou moins autochtone, on y retrouve d'abord les populations venues de toutes les localités limitrophes. D'autres groupes ethniques du Cameroun y sont également représentés. Selon Kouotou, Y. (2014), on y retrouve des groupes ethniques venus de Bafia dans le Mbam, les groupes ethniques bamiléké, les groupes ethniques ressortissant de la région du Nord-Cameroun (Peuls et Bororo), les Nso venus du Nord-Ouest, des ressortissants de la région du Centre, du Sud et du littoral. L'installation de cette pluralité de groupes ethniques dans la localité de Massangam est souvent pour diverses raisons. Pour ce qui est des activités de santé publique et particulièrement celles concernant la lutte contre l'onchocercose, l'ONG Sightsavers organise chaque année des activités de chimiothérapie préventive à travers la distribution du Mectizan, et de chimiothérapie curative avec l'approche test and treat (test et traitement) des personnes atteintes. Signalons que l'approche test and treat ici ne constitue encore qu'un projet pilote dans la lutte contre l'onchocercose dans cette localité avec en prévision de s'étendre dans l'ensemble du département du Noun.

1.1.2.1. Climat

Le climat de la commune de Foubot est caractéristique de celui de l'ensemble de la région de l'Ouest. Il est du type tropical soudano-guinéen. Ainsi il est caractérisé par deux saisons. La saison sèche qui va de Novembre à Mars. Dans la langue locale, le mois de Mars est d'ailleurs dénommé « *mois du travail de la terre* » à cause du grand retour des pluies. La saison pluvieuse va de Mars à Novembre. Ici, la pluviométrie moyenne varie entre 2500 et 5000

mm par an et peut augmenter ou régresser selon les années avec des minima et maxima, respectivement aux mois de Juillet et de Novembre. La température moyenne annuelle oscille autour de 21°C. On note des vents violents qui peuvent changer de direction et de force en fonction des saisons pluvieuses ou sèches. L'humidité moyenne est supérieure à 80% avec des maxima en Août et septembre. (PDC Foumbot 2014). La saison sèche est particulièrement caractérisée par l'assèchement des sols, et les populations dont la principale activité repose sur l'agriculture, développent les cultures des maraîchers au bord des cours d'eau et fleuves. Ces cours d'eau et fleuves, de par leur régime, constituent des gîtes larvaires, et par conséquent des lieux de fortes contaminations à l'onchocercose du fait de la forte intensité des piqûres par des simules.

Dans la commune de Kouoptamo, tout comme celle de Foumbot, le climat est de type soudano-guinéen caractérisé par deux saisons ; une saison sèche qui va de la mi-novembre à mi-mars et une saison pluvieuse de mi-mars à mi-novembre. Les températures fortes ici sont observées en février et les plus faibles en fin décembre. L'écart d'une diurne moyenne est à son maximum pendant la saison sèche. La saison des pluies est caractérisée par des températures faibles et un faible écart diurne. Cette localité du département du Noun est sous l'influence de la mousson en provenance du Sud-Ouest et qui est responsable de la vigueur des pluies de Juin à Octobre. Il faut cependant noter que ces pluies sont beaucoup plus faibles que dans la zone littorale qui subit la poussée de la Mousson dans toute sa puissance. Ici la pluviométrie se situe entre 1800 à 2000mm/an. Les températures sont généralement fraîches, soit 22°C avec une moyenne maximale de 34,6°C et des minima de 9,9°C au mois de Janvier. De façon générale, les températures se caractérisent par une remarquable stabilité et une fraîcheur relative par rapport à l'altitude. (PDC de Kouoptamo 2015).

Dans la localité de Massangam, nous avons observé un climat similaire. En effet, on observe les mêmes caractéristiques climatiques que dans les communes des Foumbot et Kouoptamo. En réalité, de par sa situation en zone tropicale appelée zone soudano-guinéen comme l'ensemble de la région de l'Ouest-Cameroun, son climat garde cette similarité à celle de la région avec deux saisons dont une pluvieuse et une autre sèche. Comme à Kouoptamo et à Foumbot, la variation de ces saisons rythme l'activité agricole. Ici, comme particularité, la moyenne annuelle des précipitations, comme indiqué dans le PDC réalisé pour cette localité est de 539 mm alors que la moyenne de température annuelle est de 27,5°C avec une amplitude thermique de 2,5°C et des vents violents en début de saison de pluie. Ce même document souligne une augmentation des températures en saison sèche qui est liée au réchauffement

climatique observé dans l'ensemble de la planète. Ce climat est favorable à la prolifération des vecteurs de l'onchocercose dont les zones les plus touchées sont celles qui se rapprochent des cours d'eau influencés par le relief des bas-fonds.

1.1.2.2. Relief

L'ensemble des inégalités du sol varie d'une localité à une autre. Elles restent cependant caractéristiques de celles de la région de l'ouest en général, mais d'une localité à une autre, on observe des particularités.

Dans l'arrondissement de Foubot, l'étude de l'ensemble des inégalités du sol nous renseigne que cette commune est située sur une vaste plaine légèrement inclinée vers l'Ouest sur une altitude moyenne comprise entre 1100 et 1300m. Son relief est par endroits constitué de buttes isolées et de collines résidentielles très peu hautes. Les pentes sont douces et la face du mont Mbapit est implantée sur le territoire communal de Foubot. Les formes actuelles du relief résultent d'une longue et complexe action volcanique qui s'est déroulée dans la région il y a plusieurs millions d'années (PCD Foubot 2014). Ces éruptions volcaniques ont fortement modifié la structure des sols et font de ces derniers l'une des principales attractions de la localité.

Dans l'arrondissement de Kouoptamo, le relief est particulièrement accidenté. Il est constitué des collines, des plaines et des montagnes dont le plus haut sommet est le Mont Kogham. Ce mont culmine à 2263 m d'altitude. À côté de ce principal mont dont les populations confèrent un caractère sacré, on distingue plusieurs autres montagnes dans la localité. Il s'agit du mont Métafin à NgouondamII, mont Mbetouop à Kouoptamo, mont Makouet à Njindoun et monts Ndouhoum et Ndoum à Njitapon. Les monts Kogham et Banki, limitent Njigoumbé et les monts Fombou, Bengou et Tenjenou à Ndoumkain. La région Nord de la commune est encerclée par les massifs de Kogham qui culminent à 2.263m d'altitude et limitent la commune avec l'arrondissement de Bangourain.

À Massangam, le relief est tout aussi divers que dans les localités de Kouoptamo et Foubot. L'arrondissement est parsemé par de nombreuses collines séparées par des vallées profondes. Ce relief est accidenté avec des pentes relativement fortes à certains endroits. On peut facilement s'en rendre compte lorsqu'on emprunte la route Foubot-Massangam, en passant, soit par l'arrondissement de Koutaba, soit par Foubot directement. Selon le PCD de la localité, la partie Sud est dominée par les plaines tandis que la partie Nord est dominée par les plateaux accentués.

Ce relief accidenté caractérisé de fortes pentes est à l'origine de la formation de grands encaissements au milieu desquelles se forment les différents cours d'eau qui s'agrandissent par accumulation le long de leur lit. Formant ainsi des chutes et des rapides. De par ces caractéristiques, ceux-ci sont favorables au développement des agents vecteurs de l'onchocercose.

1.1.2.3. Sols

Foumbot est une zone dont les sols sont pour la plupart d'origine volcanique. Ces sols sont de couleur noire et favorable à l'agriculture. Selon les observations faites sur le terrain correspondant à celles décrites dans le plan de développement communautaire de Foumbot (PDC Foumbot, 2014), on rencontre dans l'ensemble deux catégories de sols :

➤ Les andosols de couleur noire que l'on rencontre dans la partie centrale et Nord de la commune. Au départ très riche avec une valeur agronomique importante, ces sols s'appauvrissent du fait de leur surexploitation et des difficultés d'érosion due aux eaux de ruissellement et aux torrents occasionnés par les eaux de pluie. En effet, d'après nos observations, les sols de cette partie centrale et du Nord sont fortement constitués de granites qui cèdent facilement à l'érosion pluviale. Cette situation pousse de plus en plus les populations à orienter leurs activités agricoles vers les zones dont les terres sont moins exposées à ces aléas climatiques.

➤ Les sols hydromorphes que l'on localise dans les bas-fonds et sont souvent inondés pendant les saisons de pluie. Ces sols se prêtent bien aux cultures de saison sèche comme les maraichères très présentes sur les marchés de vivres. On note aussi que dans la structure géographique, les zones des bas-fonds sont généralement limitrophes au cours d'eau qui constituent les gîtes de développement des larves de simules, principaux vecteurs de l'onchocercose. C'est notamment le cas pour les villages Fosset où nous avons particulièrement collecté les données primaires de notre travail. En réalité en dehors de ces cours d'eau dans les bas-fonds environnants de ce village, des informateurs ont souligné que les populations d'ici sont particulièrement tournées vers la culture des maraichers et créent généralement des champs aux abords du fleuve Noun. Cela explique la forte prévalence de l'onchocercose dans ce village et les autres villages de l'aire de santé de Foumbot. Dans le reste de la commune, on retrouve les sols latéritiques qui sont peu profonds et tout aussi favorables à l'activité agricole.

Dans la commune de Kouoptamo, les sols sont à des endroits d'origine volcanique et de couleur noire comme à Foumbot. Ils sont très fertiles et favorables à l'activité agricole qui figure au rang des principales activités économiques avec la pêche. À d'autres endroits, les sols sont

ferralitiques de couleur rouge cuirassée, riche en fer et moins fertile. Les sols hydromorphes dans les bas-fonds constituent les domaines privilégiés pour l'agriculture, sauf que l'environnement et la proximité des rivières et autres cours d'eau rend également ces endroits favorables à la prolifération des simulies et par conséquent à la contamination ou la transmission de l'onchocercose et d'autres maladies éponymes. En réalité ces zones de bas-fonds sont concentrées autour du lac Bamendjing et sur le long des rivières *Mou* et *Pahnké* dans le Sud de l'arrondissement de Kouoptamo où la culture des maraichers a lieu pendant toutes les saisons. On y trouve également des sols mixtes, c'est-à-dire à la fois volcaniques et ferralitiques qui sont tout aussi fertiles et favorables à l'activité agricole. De façon générale dans la localité de Kouoptamo les sols sont naturellement fertiles sauf que les populations sont affaiblies par les maladies tropicales donc l'onchocercose qui ne leur donne pas la capacité pour une pleine exploitation de cette richesse naturelle qu'est le sol. (PDC de Kouoptamo 2015).

Pour ce qui est de Massangam, les sols sont de type ferralitique et caillouteux dans la partie Nord et argilo-sableux dans la partie Sud. Nous avons observé qu'à certains endroits ces sols sont très argileux et collants. Les sols d'une coloration brune en raison des pentes sont assez lessivés bien que leur fertilité soit importante. Ils sont donc très favorables à l'activité agricole dominée aujourd'hui par les cultures maraichères de rente que sont la tomate et le piment. On y cultive également le palmier à huile et les activités d'extraction d'huile de palme encore traditionnelles ou améliorées se font généralement aux abords des cours d'eau, exposant ainsi les agriculteurs ou extracteurs d'huile aux piqûres des simulies. Dans la zone des bas-fonds marécageux, les sols sont dits hydromorphes.

Ces caractéristiques des sols et leur disponibilité attirent les populations des agriculteurs des quatre coins du département du Noun et même au-delà de la région de l'Ouest. De ce fait, Foumbot, Kouoptamo et Massangam constituent une mosaïque ethnique où les populations autochtones cohabitent avec les populations allogènes venues de partout dans le pays et pratiquant des cultures spécifiques. On comprend facilement l'existence de l'onchocercose dans d'autres zones du pays du fait de sa transmission d'homme à homme par le phénomène de migration et de déplacement constant des populations. Il faut cependant noter que la culture linguistique locale est aussi dominante ; il nous a souvent été difficile de distinguer les allogènes des autochtones en référence à l'usage de la langue locale. Bref, face à la maladie, les manières de voir, de penser et d'agir sont quasi identiques aussi bien chez les populations autochtones que les allogènes enculturés.

1.1.2.4. Végétation

Le couvert végétal dans la commune de Foumbot est caractérisé par une prédominance de formations ligneuses mixtes et herbacées. Les couverts ligneux sont clairs et dominés par les savanes à physionomie locale variable. Sur le long des cours d'eau, on rencontre également des forêts galeries et des bosquets dominés par les raphias. En dehors de ces zones à végétation naturelle, la commune de Foumbot est dominée par les zones agricoles qui viennent en des saisons spécifiques et annuelles, booster son couvert végétal. (PDC Foumbot 2014). Les cultures annuelles sont dominées par le maïs et les cultures maraîchères.

À Massangam, la végétation est caractérisée dans l'ensemble par une savane arbustive coupée à des endroits par des forêts-galeries et des zones de marécage dominées par le raphia. On observe une dominance des savanes dans la partie Nord et la savane arbustive et les forêts-galeries dans la partie Sud. Il faut dire qu'on peut facilement observer une domination de la savane sur la forêt du fait de l'intense activité d'exploitation forestière connue dans cette localité avec l'implantation de la société d'exploitation forestière du Noun (SEFN). Cette société est d'ailleurs l'un des facteurs ayant favorisé l'installation définitive ou saisonnière de plusieurs groupes de populations grâce à l'employabilité qu'elle offre dans ses multiples activités. On serait tenté de dire que ces mouvements de populations seraient à l'origine ou contribueraient à l'augmentation ou à l'élargissement de la sphère d'endémicité de l'onchocercose dans plusieurs localités du fait de la transmission d'homme à homme. La végétation dominante en dehors de celle souvent créée par les activités agricoles reste la savane et la végétation de marécages avec les raphias. Toutefois les zones de forêts encore existantes constituent une manne thérapeutique pour les populations. (PCD Massangam 2014 ; Kouotou, Y., 2014).

Pour ce qui est de Kouoptamo, le couvert végétal montre une richesse en ressources forestières ligneuses et non ligneuses que l'on exploite à plusieurs fins. Le bois des espèces ligneuses est utilisé pour divers usages par les populations locales. Il est aussi bien utilisé comme bois de chauffe pour la cuisson des aliments, que pour la construction des charpentes pour les toits et les clôtures des maisons. Pour les ressources forestières non ligneuses, elles sont exploitées principalement pour l'alimentation et dans la pharmacopée traditionnelle. En effet les membres de la communauté utilisent ces produits pour la prise en charge de plusieurs maladies connues dans la communauté et l'onchocercose connue sous le nom de *filaire* en fait partie.

Il est à noter dans l'ensemble que cette végétation offre une pharmacopée variée et les populations locales s'en servent pour répondre aux problèmes de santé qui surviennent et aussi dans la prise en charge de l'onchocercose. D'ailleurs plusieurs personnes rencontrées connaissent et utilisent le remède qui soigne le filaire (*fou Filaire*) en dehors du Mectizan qui selon plusieurs, est utilisé par les femmes pour tuer les poux. La prolifération de ces végétaux est favorisée par un réseau hydrographique assez relatif.

1.1.2.5. Hydrographie

Parler de l'hydrographie, revient à faire un essai d'inventaire de l'ensemble des cours d'eau dans une région. Le fleuve Noun est la principale limite entre la commune de Foubot et celle de Bafoussam du côté Ouest. Ce fleuve qui donne son Nom au département dont Foubot est l'un de ses neuf arrondissements, est la principale ressource hydrographique. Les abords de ce fleuve sont constitués des sols arables favorables aux activités agricoles et la culture maraîchères en saison sèche. Ils sont très attrayants pour les populations agriculteurs. C'est le cas des populations du village Fosset dans l'arrondissement de Foubot où la collecte des données a été concentrée. Les habitants y vont au quotidien pour mener leurs activités agricoles. La commune est également arrosée des rivières et principalement cette appelée Nkoup qui semble circonscrire la commune de Foubot dans sa grande majorité. Cette dernière attire de nombreuses populations qui pratiquent tout autour leurs activités quotidiennes.

À Kouoptamo, le réseau hydrographique est riche et dense. On y retrouve de nombreux ruisseaux et des rivières que l'on peut qualifier d'intarissables par la disponibilité de leur régime important à toutes les saisons. Ainsi les rivières Njot, Moû, Pahnké et Mbap, tous affluents du fleuve Noun, inondent d'importantes superficies dans la plaine agricole propice à la culture des maraîchers à contre-saison. Dans la partie Sud, Kouoptamo est dominé par les rivières Pahnké et Moû qui arrosent d'importantes superficies dans la plaine agricole autour de Ngouendam, Kouomboum, Moripa, Massiessie, Njidoun, Koupara, etc.

Pour la commune de Massangam, selon les observations de terrain et d'après ce que souligne Kouotou, Y. (2014), c'est une localité traversée par une multitude de cours d'eau repartis dans un peu plus de 16 villages. Quelques-uns de ces fleuves identifiés sont entre autres les fleuves Noun, Mbam, Dja, Nkoun, Kouopit, Ngouh, Sindong, Koup, Kieleng, Moum, Kichi, etc. Les plissements du relief sont à l'origine de l'accumulation des eaux de ruissellement et l'accumulation de celles-ci dans les zones de cuvette. C'est donc dans ces zones que coulent les différents cours d'eau. L'opportunité de ces cours d'eau, aux abords fertiles et favorables à

l'activité agricole, attire les populations qui y pratiquent leurs activités agricoles à toutes les saisons en raison de la disponibilité de l'eau à ces endroits. Ces lieux sont également les ceux où le nombre de piqûres des simuliés à la minute ne saurait être estimé du fait de sa forte fréquence expérimentée sur le terrain dont témoignent les populations. En résumé, l'ensemble de localité couvertes par l'espace géographique de cette thèse est arrosé par des fleuves et cours d'eau. Cette richesse hydrographique dénote d'une grande disposition des gîtes de reproduction des vecteurs de l'onchocercose.

1.1.2.6. Faune

Les ressources fauniques de la commune de Foubot sont essentiellement constituées des produits d'élevage et de la faune sauvage. Pour celle-ci, la réalisation du plan de développement communale a permis de recenser des gibiers tels que les hérissons, les tigres, les rats palmistes, les porcs épics, les pangolins, les singes, les lapins, les biches et les écureuils ; il en est de même des oiseaux comme la perdrix, les éperviers, les corbeaux, les hiboux, les chauves-souris, moineaux, etc. les reptiles et les insectes divers ne sont pas en reste. Les produits d'élevage sont dominés par la volaille, les chèvres, les moutons et les porcs etc. (PDC Foubot 2014).

La commune de Kouoptamo comme celle de Foubot regorge des ressources fauniques tout aussi riches. Selon le recensement du Plan de développement communautaire et les observations faites sur le terrain dans l'espace de cette commune, on retrouve les biches, les hérissons, le cheval, le singe, les porcs-épics, le lièvre, les écureuils, l'antilope, le pangolin, l'hyène, le varan, la vipère etc. On peut également y voir des niches écologiques pour certaines espèces, favorisées par la présence des forêts et des chaînes montagneuses. Et comme exemple on peut citer la réserve forestière de Ngambouo, niche écologique préservée, favorable aux gibiers. L'importance du réseau hydrographique est propice aux ressources halieutiques fortement constituées de carpes, des silures et du tilapia. On retrouve également des hippopotames, des caïmans et des espèces de poissons très variées. En plus de cette importante variété de faune sauvage et aquatique très utilisée dans les comportements quotidiens d'alimentation et même dans les échanges thérapeutiques, on retrouve également les produits d'élevage constitués essentiellement de la volaille et du bétail, notamment les poulets, des chèvres, et les moutons etc.

À Massangam, la faune est diversifiée. Les produits d'élevage et la faune sauvage très sont composés de grands et de petits mammifères. Bref la forêt et la savane regorgent

d'importantes richesses fauniques qui entrent dans l'alimentation et les activités culturelles des populations. L'exploitation de la faune aquatique à travers les activités de pêche expose fortement aux piqûres des simuliés et à la transmission de l'onchocercose, mais livre d'importantes ressources aquatiques dont les noms et l'identité sont variés et connus par les populations locales.

Relevons que ces produits d'élevage et certaines ressources fauniques et aquatiques sont souvent utilisés dans les transactions thérapeutiques soit comme monnaie de change et parfois comme faisant partie des éléments constitutifs pris en compte dans le processus de soins thérapeutiques lors des rites et des pratiques thérapeutiques traditionnelles locales. Outre ces usages, il faut dire de source empirique que les comprimés de Mectizan distribués pour le traitement de l'onchocercose sont utilisés par les éleveurs pour le traitement de certaines maladies chez les animaux domestiques.

1.1.2.7. Milieu humain

Parler du milieu humain revient à présenter les groupes humains vivants dans la commune de Foubot, Kouoptamo, Massangam et dans les villages spécifiques où l'étude s'est déroulée. Dans la commune de Foubot, il faut noter tout de même que les caractéristiques humaines du village Fosset où nous avons particulièrement investigué sont représentatives de l'ensemble de la commune.

Tout d'abord, il faut dire que sur le plan historique et sur celui administratif, la commune de Foubot existe depuis le 27 septembre 1959. Elle est majoritairement occupée par le groupe culturel bamoun depuis les guerres de domination territoriale qui ont contraint les premiers occupants à s'installer de l'autre côté du fleuve Noun. On note aussi la présence d'autres groupes ethniques et principalement les Bamilékés, les Banson'o et les Bororos. L'installation de ces populations allogènes est historiquement liée à la recherche de l'emploi dans les plantations coloniales et sociétés agricoles industrielles, et suite à des bannissements subis dans leur localité d'origine. Les Bororos sont arrivés de par leur activité d'élevage caractérisée par la transhumance (PDC Foubot 2014). Ces derniers ont souvent pour habitude de créer et de s'installer dans des campements qui aujourd'hui avec la culture de la sédentarisation sont devenus permanents. Ils occupent donc les localités très reculées de la civilisation dans les zones périphériques de la commune de Foubot. D'ailleurs, lors des activités de chimiothérapie préventive et curative de l'onchocercose ces populations sont parfois négligées ou non prises en compte par les distributeurs du fait de leur éloignement et des difficultés d'accès à leur

campement. En prenant en compte la contamination d'homme à homme de l'onchocercose, cette situation figure au rang des facteurs qui ne favorisent pas l'élimination de cette maladie. Actuellement s'ajoute le phénomène des déplacés dans les régions du Nord-Ouest. Des distributeurs communautaires entretenus dans le village de Fosset ont souligné que certains de ces populations déplacées en dehors d'être défavorable à la distribution, sont souvent surprises de savoir que la distribution du Mectizan pour la lutte contre l'onchocercose est gratuite. On comprend que la maladie continue de se transmettre d'homme à homme par la force des mouvements migratoires.

Pour la taille et la structure de sa population, la commune de Foumbot compte 76.486 habitants d'après le RGPH de 2005. Selon le plan de développement communal de Foumbot, si l'on applique un taux d'accroissement de 2,6% à cette population totale de 2005, on obtiendrait une population de 90.406 habitants en 2012. Cette population est composée par une tranche active de 39.345 femmes et 38.628 hommes et une population Bororo dont l'effectif est estimé à 228 âmes (PDC Foumbot 2014).

Pour la localité de Kouoptamo, l'étude du milieu humain montre une mosaïque de groupes culturels. Cette localité a le statut de commune sur le plan administratif et est un démembrement de commune de Foumbot qui devient autonome en 1993 par décret présidentiel. Le groupe culturel bamoun étant les plus ancien occupant, représente la majorité de la population. A ce groupe s'ajoute les ressortissants des régions voisines, notamment la région du Nord-Ouest qui avec le temps et par le phénomène de mariage inter-ethnique s'assimilent facilement à la communauté autochtone. Cette assimilation est également observée sur l'utilisation et le maniement de la langue locale. Les autres groupes culturels présents ici sont les Bamiléké et les Peuls ou Bororo. Outre ces groupes spécifiques, on y retrouve également les représentants d'autres groupes culturels du Cameroun. Sur le plan religieux, on observe un équilibre entre la religion musulmane et les catholiques. Il faut également noter la présence et l'encrage progressif des nouvelles églises pentecôtistes dites églises de réveil. L'implantation religieuse et son influence probable sur les comportements de santé des populations amènent une implication des leaders dans les stratégies communautaires de santé.

Parlant de l'organisation de la société dans la communauté de Kouoptamo, la structure sociale est organisée autour de la famille. La famille ici, comme dans l'ensemble des communautés camerounaises et selon le modèle africain de la famille, est constituée du père, de la mère ou des mères, des grands parents, des oncles et des tentes, des cousins et des cousines. (PDC Kouoptamo 2015). Ces familles sont selon les règles culturelles de gestion familiales,

dirigées par le père qui est chef de famille et garant de l'autorité familiale totale. Il organise la famille et répartit les tâches en fonction des catégories. Les femmes et les enfants s'occupent des tâches ménagères et agricoles tandis que les hommes s'occupent de la garde des animaux et du bétail. Ces familles se regroupent dans les quartiers ayant un chef de quartier et c'est l'ensemble des quartiers qui forme un village placé sous l'autorité d'un chef traditionnel à qui l'administration attribue le titre de chef de 3^{ème} degré. L'ensemble des villages est aussi soumis à l'autorité d'un chef supérieur dit chef de 2^{ème} degré par l'administration. Ce chef supérieur est l'autorité traditionnelle suprême qui rend compte au sultan de Foumban. Dans la localité qui abrite la commune de Kouoptamo, il existe trois chefferies supérieures à savoir celle de Koupara, de Njingoumbé et celle de Njitapon. En dehors de cette organisation familiale traditionnelle, les populations s'organisent également en association d'agriculteurs, associations de tontine et de solidarité (*Pouakone*), etc. (PDC Kouoptamo, 2015).

La localité de Massangam ou la commune de la même localité, est l'un des neuf arrondissements du département du Noun. Sur le plan historique, l'origine du nom de cet arrondissement est restée discutée. Selon les informations fournies par le plan de développement communal réalisé pour cette commune, le nom *Massangam* signifierait littéralement « foyer à palabre ». Pourtant l'historien Kouotou, Y. (2014), soutient que ce nom tire son origine de la période des conquêtes menées par le roi Mbouombouo au 18^{ème} siècle. En effet selon ce dernier, ce roi fit adopter le nom Massangam à cette localité suite à la rencontre d'un groupe de population regroupée dans un lieu de convivialité, de discussion et de causerie initiées par les hommes de cet endroit. En lague locale, le verbe causer se dit *sahgam*. Et ce roi désigna ce lieu *Mah-sahgam* qui veut dire là où on cause. Et c'est ainsi que la localité entière adopte cette appellation.

Sur le plan humain, le groupe culturel bamoun est représenté à près de 80% de la population totale de la localité de Massangam. Cependant dans la zone de Makouopsap où nous avons particulièrement investigué en raison du facteur prévalence de la maladie, les populations sont mixtes avec les ressortissants du Mbam, très adaptés dans le maniement de la langue bamoun locale mais surtout spécialisé dans l'exploitation de produits forestiers. L'installation des premières populations est relatée vers les années 1814 pendant la période de conquête du sultan de Foumban. En effet avec l'augmentation de la population, la conquête des nouvelles terres a permis la création des nouveaux villages dont Massangam. En 1959, le département du Noun a vu la création de nouvelles communes parmi lesquelles la commune de Foubot dont dépendait la localité de Massangam qui sera érigée en commune en 1977. (PDC Massangam 2014).

1.1.2.8. Religion

De nos jours, au Cameroun et partout ailleurs, la religion est un facteur à prendre en compte dans le cadre des activités et des programmes de santé publique visant les communautés. Les croyances des populations influencent fortement l'adhésion à des soins ou à des stratégies de soins et programmes de santé. C'est également le cas avec les campagnes de distribution de masse de Mectizan pour la lutte contre l'onchocercose. Dans les communes de Foubot, Kouoptamo et Massangam, la religion est multiconfessionnelle avec une prédominance de l'islam et ses différentes tendances comme dans l'ensemble du département du Noun. Bien que la diffusion de l'information sanitaire passe facilement à travers les lieux de culte, il faut dire que les pratiques religieuses constituent quelquefois, sans que cela ne soit volontaire, une entrave à l'atteinte de certains objectifs sanitaires. Par exemple, en ce qui concerne l'islam, la religion la plus pratiquée, pendant les périodes de carême ou de jeun de ramadan, il est parfois difficile que les populations acceptent prendre le médicament au moment de sa distribution. Par ailleurs, dans certaines tendances religieuses (chrétiennes comme musulmanes) les pratiquants sont carrément réfractaires aux activités de santé liées à la prévention et même à la prise en charge des maladies. Toute chose qui ne permet pas au distributeur de se rassurer sur la prise effective du médicament et même d'accéder à certains domiciles pendant les campagnes de distribution du Mectizan. Les réseaux des organisations administratives sont également utilisés dans la diffusion des informations sur les programmes et les activités de santé communautaire organisés par les autorités sanitaires en place.

1.1.2.9. Organisation du système de santé dans les différentes zones d'étude

Au Cameroun, le système de santé est organisé selon des échelles de prise de décision. Elle prend la forme d'une pyramide et permet ainsi d'assurer le système de référence et de contre référence. Sur le plan administratif, l'organisation du système de santé est coiffée au sommet par le ministère de la santé publique, suivi de tous les services et les programmes au niveau central. Ensuite les délégations régionales de la santé publique coiffent au niveau des régions et les districts de santé qui organisent la santé au niveau des arrondissements. Pour la dispensation des soins de santé et l'implémentation de certains programmes comme celui de la lutte contre l'onchocercose, on dispose par ordre décroissant, l'hôpital régionale (HR), les hôpitaux de district (HD), les Centres Médicaux d'Arrondissement (CMA), les Centres de Santé Intégrés (CSI) et les acteurs privés et confessionnels renforcent le système de santé tout en respectant la hiérarchie de référence et de contre référence. L'organisation du système de santé dans les aires de santé couvertes par cette étude est donc à l'image de l'organisation de la santé

à l'échelle nationale. Dans l'ordre hiérarchique, elle couvre à partir du second niveau d'hiérarchie sanitaire tel qu'énuméré ci-haut, c'est-à-dire les districts.

Pour soutenir les activités de lutte contre l'onchocercose comme pour d'autres programmes de santé, le système de santé locale dans le cadre de la stratégie du TIDC fonctionne avec des Agents de santé communautaires. Ces agents jouent un double rôle ; celui d'assurer la couverture géographique et thérapeutique de la distribution du Mectizan pour la prévention et l'élimination de l'onchocercose et celui du reportage des chiffres de couverture qu'ils transmettent aux services de santé de district qui permettent d'évaluer au niveau local et régional les niveaux de couverture.

1.1.2.10. Communication

Le rôle des médias est bien celui d'informer les populations. De nos jours, il existe des médias sous plusieurs formes : l'internet, la télévision, la radio et les réseaux sociaux. Au Cameroun, le principal média est la CRTV, Cameroun Radio and Télévision qui diffuse en audio et vidéo. En addition à ce média national, on distingue les chaînes de télévision et radio privées et les radios communautaires. Dans le département du Noun, il existe à cet effet plusieurs stations radiophoniques et particulièrement la Radio communautaire du Noun. À travers cette dernière, les autorités sanitaires en charge de la lutte contre l'onchocercose au niveau du département passent généralement les informations sur la maladie et autour des précautions et des méthodes préventives à observer. Elles diffusent également les informations sur l'onchocercose sous ses différentes formes et sur les différents passages des campagnes de distribution de masse du Mectizan.

- **Infrastructures routières**

Les voies de communication, dans les localités de Foumbot, de Kouoptamo et de Massangam, en l'occurrence les routes, restent difficilement praticables et surtout en saison de pluie et les pistes sont le plus souvent peu ou non aménagées. Cette situation influence fortement les campagnes de santé communautaire destinées à la distribution de masse du Mectizan. En réalité, certaines localités ne sont pas souvent couvertes du fait des difficultés d'accès par les distributeurs qui doivent atteindre les populations.

1.1.2.11. Organisation socioculturelle

Le principal groupe ethnique dans l'univers culturel des zones d'investigation est le groupe bamoun. Cette communauté est de nos jours considérée comme étant les autochtones. Ils sont organisés en villages sous l'autorité des chefferies traditionnelles qui rendent compte au sultan de Foumban, la plus haute autorité traditionnelle. En réalité, dans la hiérarchie culturelle, on retrouve le sultan de Foumban en tête, suivi des différents chefs supérieurs (chef supérieur de Foubot, chef supérieur de Massangam, chef supérieur de Kouoptamo, etc.), des chefs de village ou dans certains cas des chefs de quartier et des chefs de famille.

Dans cet ordre hiérarchique, on retrouve également les chefs religieux et les thérapeutes qui siègent aux conseils des villages. Dans la stratégie des campagnes de distribution de masse du Mectizan pour la lutte contre l'onchocercose, les différents chefs de village ou des quartiers concernés par les campagnes sont souvent impliqués dans le processus. En effet, ce sont ces derniers qui sont censés désigner les distributeurs communautaires. Ils organisent parfois opportunément des réunions communautaires au cours desquelles les chefs de famille sont informés et sensibilisés sur les réalités de ces campagnes et l'importance de la prise de ce médicament.

Par ailleurs, le groupe culturel bamoun est patriarcale et peut être taxé de teknonymique dans la mesure où les hommes s'appellent par le nom de leurs enfants et c'est lui qui décide du lieu d'établissement du couple. En effet, le modèle de localité des époux est patrilocal et les époux ne sont pas désignés par leur nom mais par celui de leurs enfants. En effet comme l'explique Deliège, R. (2006 : 39). « *La Teknonymie veut que dans certaines sociocultures, les époux ne s'appellent pas par leurs noms mais par le nom de leurs enfants* ». Le groupe culturel bamoun fait partie des groupes culturels au Cameroun que l'on peut ainsi qualifier. Cet élément culturel, relatif aux termes d'adresse, peut permettre de distinguer un Bamoun d'un membre d'un autre groupe culturel, bien que vivant dans le même écosystème. Il est d'ailleurs très récurrent que l'on ne sache pas de qui il est question lorsque l'on se renseigne sur un individu en utilisant son nom propre. Ce qui entraîne souvent des difficultés relier un nom à une famille dans la communauté pendant les activités de contrôle après les campagnes de distribution du Mectizan.

Les autres groupes culturels présents dans les trois communautés d'étude sont organisés, soit en association avec des représentants désignés de leur communauté, soit se fondent simplement dans la masse et participent aux activités socioculturelles avec les populations

locales (commerce, agriculture, association de solidarité, groupes de travail, pratiques religieuses, etc.). C'est ainsi que l'on retrouve dans ces différentes communautés des associations de femmes localement appelés *Pouakone* qui veut dire solidarité. Ces modèles associatifs sont répandus dans l'ensemble du département et c'est généralement par l'intermédiaire de ces derniers que certaines informations sur les questions de santé communautaires et notamment sur les campagnes de distribution de masse de Mectizan sont passées. C'est également au sein de ces associations que les stratégies et les ethno-méthodes d'utilisation et de mésusage des médicaments distribués sont diffusées et partagées. C'est aussi toujours lors des séances de ces associations que des thérapeutes s'invitent pour promouvoir leur savoir-faire et leur capacité de prise en charge de telle ou de telle maladie comme les filaires (appellation localement adoptée de l'onchocercose).

Pour ce qui est des pratiques médicales traditionnelles, le groupe culturel bamoun possède une pharmacopée traditionnelle transmise de génération en génération, bien répertoriée et protégée dans la communauté par les thérapeutes héritiers de ces savoirs. Les détenteurs des savoirs médicaux traditionnels sont le plus souvent identifiés dans les communautés reculées et loin des centres urbains. Delière, R. (2006), souligne d'ailleurs à cet effet que :

Dans une société donnée, il subsiste des traits qui apparaissent comme des vestiges du passé : alors que la médecine anglaise procède de la science, il reste dans les campagnes, de rebouteux qui ne soignent que par saignée. Dans chaque société on observe des traces du passé qui ne tiennent qu'une place mineure, voire folklorique. Delière, R. (2006 : 36).

En dehors de ces savoirs médicaux transmis de père en fils, il existe des pratiques médicales concrètes sur des pathologies connues et dont l'efficacité est approuvée et admise par tout le groupe culturel et certaines populations habitant le même espace culturel. Les travaux de Mongbet Lamaré, M. (1975) montrent à suffisance la détensions d'un savoir médical traditionnel par les Bamoun. Les autres groupes culturels résidant dans les communautés investiguées et certains adeptes de la médecine traditionnelle, s'intéressent souvent plus à ces pratiques médicales locales au détriment de la médecine moderne qui dans le cas d'espèce est à la base de l'organisation des campagnes thérapeutiques de masse dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose.

1.1.2.12. Organisation administrative

Parler d'organisation administrative, revient à présenter la hiérarchie politique qui participe à la gestion d'une communauté. C'est dans le cadre de cette gestion qu'intervient la mise en place des stratégies de résolution des problèmes sanitaires de la communauté. Les communautés villageoises ayant constitués notre terrain de recherche appartiennent à un maillon au sein de

l'organisation administrative du Cameroun. Ils constituent des arrondissements et/ou des communes placées sous l'autorité administrative relative à cette catégorie ou sous l'autorité d'un élu local. On y retrouve souvent le sous-préfet qui dirige les arrondissements et suppléé dans cette tâche par les différents chefs traditionnels selon leurs différentes hiérarchies reconnues et attestées par l'administration. Pour le cas des localités de Kouoptamo, de Foubot et de Massangam, nous avons les chefs de 2^{ème} et de 3^{ème} degré qui sont les auxiliaires de l'administration dans les différents arrondissements.

Pour ce qui est de l'administration sanitaire, les différentes zones couvertes constituent des districts de santé. Elles sont coiffées par un chef de district de santé qui couvre les chefs d'aires de santé et les centres de santé. Les auxiliaires de santé au niveau communautaire et dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose et certaines maladies endémiques, sont les agents de santé communautaires ou Distributeurs Communautaires recrutés au sein des communautés. Dans cet ordre hiérarchique la mise en place des activités de santé communautaires sont planifiées.

Conclusion

Les données qui ont permis de présenter ce chapitre sont à la fois issues des données primaires collectées sur le terrain et les données secondaires principalement tirés des documents de plan de développement communal de ces différentes localités. Cette mise au point a permis de mieux comprendre le contexte géographique global et écosystémique de l'évolution des maladies tropicales en général et de l'onchocercose en particulier, et l'ancrage socioculturel et environnemental de leur existence. Toutefois, il a été important de montrer à son implication avec le thème de l'étude. Cette présentation a par ailleurs permis de montrer les différentes implications de l'environnement politique et traditionnel autour de la question de l'onchocercose. L'environnement peut être source de contamination ou de perpétuation de la maladie et les structures administratives, traditionnelles et culturelles en place s'organisent pour l'éradiquer. Sur le plan culturel, les populations dans leur organisation et leurs pratiques et actions quotidiennes, se prêtent aux activités de santé dans la communauté. Le décor ainsi planté, c'est le lieu de s'intéresser à l'état des connaissances et des recherches autour de l'onchocercose.

CHAPITRE 2
REVUE DE LA LITTÉRATURE, CADRE THÉORIQUE
ET ÉLABORATION DES CONCEPTS

Introduction

Le présent chapitre porte sur trois éléments essentiels à savoir la revue de la littérature, la définition des concepts et le cadre théorique. Il est en premier lieu question de passer en revue les recherches et les thématiques qui ont à travers divers documents et revues scientifiques, animé le débat autour de la maladie, des maladies tropicales et de l'onchocercose et aussi de l'histoire culturelle du groupe d'étude. Il est ensuite question de présenter le cadre conceptuel relatif à cette étude. Par présentation du cadre conceptuel, nous entendons premièrement définir les concepts dont la compréhension importe d'être clarifiée et situé dans le cadre spécifique de cette thèse. Il sera enfin question de présenter les différentes théories utiles à la construction du cadre théorique retenu pour donner sens aux données de ce travail.

2.1. Revue de la littérature

La revue de la littérature est un exercice qui consiste à passer en revue des données documentaires, c'est-à-dire des données issues des ouvrages, articles, rapports et mémoires dont les thématiques se rapprochent d'une façon ou d'une autre de la thématique étudiée. Selon Quivy, R. et Campenhoudt, L. V. (1995 : 42), « *lorsqu'un chercheur entame un travail, il est peu probable que le sujet traité n'ait jamais été abordé par quelqu'un d'autre auparavant, au moins en partie ou indirectement* ». Il est donc important de lire et d'analyser les données disponibles qui touchent au centre d'intérêt de la recherche. Cette littérature est également prise en compte pour la mise au point terminologique qu'est l'élaboration du cadre conceptuel.

La maladie et les Maladies Tropicales Négligées comme objet de recherche sont au centre de nombreuses investigations scientifiques à l'issue desquelles une importante littérature est documentée. Que ce soit dans le domaine des sciences biomédicales ou des sciences sociales, la thématique de la maladie laisse une littérature sur laquelle il importe de porter une attention dans le cadre de cette étude. Sur le plan biomédical, la maladie est considérée comme un dysfonctionnement biologique interne des organes du corps et les études entomologiques établissent un rapport entre la maladie du corps et les insectes ou agents vecteurs. La maladie est alors perçue comme un élément biologique dont la cause est en rapport avec un vecteur transmetteur du mal au corps biologique et physique. C'est le cas avec plusieurs maladies tropicales et particulièrement l'onchocercose. Sur le plan de l'anthropologie, les études sur la maladie et la santé se rapportent à un substrat culturel dans le sens de l'analyse des manières de voir et de penser, des perceptions, des représentations et des idées et constructions culturelles autour du mal. La maladie est alors considérée comme un modèle explicatif, c'est-à-dire

qu'aussitôt que l'individu tombe malade, son groupe s'en saisit et lui apporte des explications et des significations qui généralement n'ont cours que dans le groupe culturel en cause. L'intérêt de cette partie consacrée à la revue de la littérature est d'abord de passer en revue une liste non exhaustive de la littérature existante sur l'approche Anthropologique de la maladie et de la santé, les maladies tropicales et l'onchocercose en particulier. L'importance de cette revue de la littérature est qu'il permet de nous imprégner des travaux de recherche, les réflexions et articles scientifiques qui nous précèdent sur la question sanitaire au centre de cette recherche. Les documents, comme l'indique Loubet Del Bayle J.-L. (2000 : 53), « *sont en quelques sortes les traces que peuvent avoir laissées les phénomènes que l'on veut étudier* ». Cette partie du chapitre est donc le lieu de l'analyse de quelques-uns de ces éléments de littératures disponibles qui nous permettent d'apprécier les *traces laissées* et de pouvoir prendre la distance scientifique nécessaire pour marquer l'écart entre ce qui nous précède et ce que nous cherchons à produire comme connaissance scientifique sur la question abordée. Ainsi à l'image de Quivy, R. et Campenhoudt, L.V. (1995) la littérature ici aborde en parties ou totalement, des thématiques directement ou indirectement liées à notre sujet mais toujours est-il qu'elle constitue un substrat théorique qui permet de saisir l'objet de recherche. Il sera ensuite question dans cette partie, de discuter ou de débattre sur cette littérature afin de ressortir l'originalité du travail par rapport aux travaux et études précédentes en rapport, proches ou directement liés à la thématique centrale de ce travail de recherche.

2.1.1. Approche Anthropologique de la maladie et pratiques de soins

Aborder la maladie dans une approche anthropologique revient à comprendre et interpréter la maladie en l'endossant à la culture. Les Anthropologues se sont intéressés à la maladie et à la santé en essayant de montrer l'importance de la culture sur les comportements de santé et de soins thérapeutiques, les représentations de la maladie et du mal, les idées et les conceptions culturelles de la maladie.

Charmillot, M. (2014) saisit la maladie en tant qu'objet de recherche en sciences sociales en orientant sa réflexion autour du mode de sélection des maladies comme objet à étudier par les sciences sociales. Elle souligne alors que les chercheurs n'échappent pas à la problématique de la reconnaissance des maladies qui se rapportent aux questions éthiques qui se posent dans l'appréhension et le mode de sélection des maladies qu'ils désignent en objet de recherche. Pour ce qui est des maladies tropicales négligées, l'auteur souligne qu'elles sont moins intéressées par la recherche du fait de leurs caractéristiques à savoir entre autres qu'elles sont un signe de

pauvreté et d'exclusion. Elles n'existent pas partout dans le monde et touchent les populations peu visibles et dont le poids politique est faible, etc.

Auge, M., et Herzlich, C. (1984) étudient le sens du mal et placent la maladie au centre des discours anthropologiques, sociologiques et historiques. Dans leurs propos introductifs, les auteurs soulignent que la maladie faisant problème dans toutes les sociétés, exige une interprétation, « *il faut qu'elle ait un sens pour que les hommes puissent espérer la maîtriser* ». Ainsi, l'interprétation et la compréhension d'une maladie se veulent d'abord locales c'est-à-dire à l'intérieur d'un groupe, et différent selon qu'on l'étudie sous l'angle anthropologique, sociologique ou historique. Pour ces auteurs, la maladie fonctionne comme un signifiant social parce qu'elle fait l'objet des discours qui mettent en cause les éléments de l'environnement dans son sens le plus large, autrement dit la maladie intègre tous les domaines de la vie socioculturelle qui doivent également être pris en compte dans le processus thérapeutique. La maladie dans ce sens est donc prise en référence à une grille de lecture nosologique, étiologique et thérapeutique relatif à un univers symbolique en rapport à un contexte social et culturel. (Mbonji, Edjenguèlè, 2009). L'interprétation d'une maladie se veut d'abord locale, c'est-à-dire individuelle et à l'intérieur d'un groupe, ensuite à l'extérieur. Herzlich, C. (1984 : 201-202) dans cet ordre d'idée souligne que la maladie « *exige toujours une interprétation qui dépasse le corps individuel et l'étiologie spécifique l'interprétation collective de la maladie s'effectue en des termes qui au sens propre, mettent en cause la société et l'ordre social* ».

Auge, M., (1984) appréhende la maladie sous l'angle biologique et social comme forme élémentaire de l'évènement. L'auteur expose sur les hypothèses théoriques et l'expérience africaine de la maladie. La maladie ayant une forme élémentaire, il la considère comme un paradoxe qui fait qu'elle « *est à la fois la plus individuelle et la plus sociale des choses* » (1984 : 35). Elle est à la fois individuelle, c'est-à-dire que chaque individu la vit dans son corps, et sociale parce que les institutions sociales la prennent en charge selon les différentes phases de son évolution et parce que « *les schèmes de pensée qui permettent de la reconnaître, de l'interpréter et de la traiter sont éminemment sociaux : penser la maladie c'est déjà faire référence aux autres* » (1984 : 36). La démarche théorique que l'on observe dans la pensée de l'auteur est purement empiriste. L'auteur examine des réalités qui peuvent offrir des connaissances concrètes. Il entend également par forme élémentaire de l'évènement « *tous les événements biologiques, individuels dont l'interprétation imposée par les modèles culturels est immédiatement sociale* ». La maladie et la mort dans ce sens sont des événements « *élémentaires* ». Ses propos reposent donc sur trois éléments : l'individu à travers sa définition, ses composantes, son destin et ses accidents, la société c'est-à-dire les causes sociales de la

maladie, des atteintes aux valeurs et aux situations sociales structurellement déterminées en termes d'hérédité, en termes de filiation, d'alliance etc., les faits d'observation c'est-à-dire les symptômes et circonstances de la maladie.

Sindzingre, N. (1984) s'inscrit dans cette construction qui exige de donner sens à la maladie et s'intéresse à l'explication culturelle de l'infortune chez les Senufos. Pour lui, toute maladie ou infortune requiert une interprétation. Tout ce qui arrive à un individu doit être saisi et interprété. Partant du fait que dans les sociétés occidentales comme dans les sociétés traditionnelles, la recherche de sens à la survenue d'une maladie affecte tous les individus, l'auteur cherche à faire ressortir « *certaines traits spécifiques des modèles explicatifs du mal dans les sociétés non occidentales, à l'égard de celles où prévalent le discours scientifique biomédical ou bien celui des grandes religions à vocation universaliste comme le christianisme ou l'islam* » (1984 : 95). Il montre les traits qui distinguent les processus explicatifs et la résolution des infortunes dans les sociétés traditionnelles notamment les Senufos et relève que « *sur la forme de la causalité le malheur et la maladie ne sont pas non plus dissociables, puisque l'un et l'autre peuvent être indifféremment les effets d'une série finie identique de cause* » (1984 : 104). Il en veut pour exemple la sorcellerie qui produit des malheurs qui peuvent se manifester sous diverses formes et notamment la maladie.

M'Bokolo, E. (1984), aborde le phénomène sous l'angle historique et s'inscrit non pas dans l'étude de la maladie comme phénomène ayant existé à un endroit durant une période données, mais s'exerce à placer la maladie dans l'histoire. Pour lui, comme le soulignent Herzlich, C., et Auge, M. (1984), dans les propos introductifs, les savoirs médicaux africains seraient diffus dans le corps social et conservés par un groupe spécialisé. Ces savoir ne délimite pas un espace intellectuel autonome mais tant par la nature des maux sur lesquels ils s'appliquent que par celle des causes qu'ils mettent à jour.

Laplantine, F. (1992) fait l'étude des systèmes de représentations thérapeutiques et étiologiques de la maladie. Il s'efforce à classer les *formes élémentaires de la maladie* afin de construire des modèles explicatifs de l'étiologie et thérapeutiques de la maladie en rapport avec la réalité empirique. L'auteur exhume ainsi la diversité cognitive, la diversité de perception et relationnelle de la maladie vue par diverses sociétés et groupes culturels. François Laplantine présente alors deux modèles de représentation de la maladie et de la thérapie. L'un explique les causes et l'origine de la maladie, dit modèle étiologique, l'autre, les représentations thérapeutiques de la maladie, dit modèle thérapeutique. Chaque modèle présenté par cet auteur est constitué de sous-ensembles. Dans les modèles étiologiques, l'auteur distingue le modèle ontologique/fonctionnel, le modèle additif/soustractif, le modèle exogène/endogène, le modèle

maléfique/bénéfique. Pour ce qui est des modèles thérapeutiques, il présente le modèle allopathique/homéopathique, le modèle exorcistique/adoristique, le modèle soustractif/additif, le modèle sédatif/excitatif. La présentation de ces modèles permet à l'auteur d'analyser la double constellation étiologico-thérapeutique qui commande les systèmes de représentations de la maladie et de la thérapie.

Jodelet, D. (2006), aborde la santé sous le prisme de la culture et de la psychologie sur la thématique de la psychologie de la santé. Il évoque alors les raisons explicatives de la prise en compte de la culture dans le processus d'analyse du « *binôme santé/maladie* ». Sur un plan historique il situe les disciplines telles que la sociologie et l'anthropologie, et dans une moindre mesure l'histoire comme disciplines pionnières à l'étude de la santé et de la maladie. L'auteur relève que la psychologie aborde les dimensions collectives de la santé comme « *des variables externes qui interviennent parmi les antécédents ou modérateurs des stratégies adoptées par l'individu* ». (2006 : 09), que ne font l'anthropologie et la sociologie en s'intéressant aux thérapies et aux institutions qui sous-tendent et expriment la maladie en tant que phénomène culturel. Partant de la définition de la santé adoptée par L'OMS en 1978 au congrès de Alma Ata, l'auteur relève l'importance de la prise en compte de la psychologie dans les études de la santé et de la maladie. Pour ce qui est des représentations sociales de la santé, l'auteur souligne le culturel qui perçoit la maladie comme signifiant social donnant lieu à des interprétations relatives au contexte culturel de développement de la maladie et à des appréhensions individuelles, sociales et médicales de la maladie, de la santé et des soins. Ces approches permettant de signifier, d'orienter les pratiques privées et institutionnelles de la santé et comme il le souligne « *la maladie, signifiant social, fait objet de discours qui, variant en fonction de l'histoire et selon les insertions sociales et groupales des acteurs, donne sens et orientations aux pratiques privées et institutionnelles* ». (2006 :11).

Mbonji, Edjenguèlè. (2009) plaide pour une revalorisation des savoirs endogènes africains dans le cadre de la prise en charge de la maladie et de la santé. Il met en exergue le pluralisme médical qui pour lui dénote de la pluralité des cultures. Il souligne à cet effet que « *la diversité des sociétés humaines induit la pluralité des définitions et conceptions de la maladie et par voie de conséquence des médecines* » (2009 : 17). L'auteur fait alors une revue de l'actualité de la médecine traditionnelle africaine qu'il conçoit en deux moments : l'ancienne conception de la médecine africaine et ce qu'il appelle « *Néo-médecine africaine* ». Cette nouvelle médecine africaine, au sens de l'auteur, est caractérisée par une dynamique interne et externe, une actualisation permanente des pratiques médicales. Pour lui, « *la prise en compte de la médecine africaine ne s'est donc pas traduite uniquement par un changement de*

désignation, [...] à l'instar de ce que d'aucuns n'ont pas hésité à appeler la Nouvelle médecine traditionnelle » (2009 : 105). L'auteur montre également la spécificité des moyens de traitement et de diagnostics et la conception thérapeutique et culturelle de la maladie qui selon lui est « *difficilement réductible à la pharmacopée [...] de la médecine conventionnelle parce que portée par une perception élargie et holistique de l'homme, de la maladie et par voie de conséquence à la santé* » (2009 : 15). En effet, loin de la conception rétrograde des pratiques médicales africaines face à la médecine occidentale, les médecines africaines méritent, selon l'auteur, qu'on leur accorde une attention parce que dans un contexte de pluralisme culturel impliquant le pluralisme médical, chaque société a une médecine propre à elle avec des domaines de compétence particuliers.

2.1.2. Onchocercose au Cameroun

Au vu de la longue histoire de l'onchocercose, des travaux de recherche ont été menés et documentés au Cameroun. Ces travaux permettent entre autres de retracer l'historique de la lutte contre l'onchocercose dans le monde et au Cameroun.

Hougaard, J.M., et *al.* (1990), s'intéressent à la lutte contre le vecteur de l'onchocercose dans la zone de savane au Cameroun. Ces auteurs faisant le rendu de leur activité de lutte contre le vecteur, présentent les zones de savane dans la région du Nord-Cameroun comme des zones hyper-endémiques. Ils mènent ainsi leurs activités en deux saisons de pluie consécutive, l'une pour développer les techniques de lutttes terrestres et d'évaluer l'efficacité de l'insecticide, l'autre consacrée à étudier l'impact de la lutte antivectorielle sur le taux de piquûres et la transmission de l'onchocercose. En considérant les résultats de ces auteurs, on estime qu'une lutte antivectorielle chaque année protégerait les populations locales. Sauf que Boussinesq, M. (2012), vient relever la résistance des simulies aux molécules d'Ivermectine dispensées pour les éliminer.

Boussinesq, M. (1991), fait une revue de la littérature sur la répartition de l'onchocercose dans les États de l'OCEAC. Il organise sa présentation en foyers endémiques à l'onchocercose. Dans le foyer Noun-Mbam, Brengues et *al.* (1975) mettent en évidence l'importance de l'endémicité de l'onchocercose et aussi en pays bamoun et bamiléké. Ils montrent que les cours d'eau importants de ces régions (Noun et Ndé) sont propices à l'installation des gîtes larvaires. Il est donc certain que le pays bamiléké et bamoun dans toute leur étendue sont endémiques à l'onchocercose. Les responsables du service des grandes endémies de Foumban citent des indices kystiques de 23% en 1966 et 30 à 65% selon les

villages en 1967. Ceux de Bangangté estiment en 1966 que 20% de la population dans leur secteur présentent des nodules et ceux de Bafia font état d'un niveau d'endémicité important sur les bords du Mbam.

Pion S. (2004)., relève que jusqu'au début des années 1980, il n'existait aucun médicament actif contre le parasite de l'onchocercose et il ne pouvait faire l'objet d'une distribution de masse. Les luttes se limitaient contre cette maladie et consistaient uniquement à détruire les vecteurs par l'épandage des insecticides le long des cours d'eau dans les gîtes de reproduction de ces derniers. Selon l'auteur, suite à la l'efficacité observé de cette stratégie, il a été mis en place dans les années 1974 les premiers programmes de lutte contre l'onchocercose en Afrique. L'auteur parle ainsi de l'OCP comme un succès de l'OMS dans la lutte contre l'onchocercose. L'OCP couvre alors onze pays et ses activités permettent de stopper selon l'auteur la transmission de la maladie. Mais la véritable révolution de la lutte contre cette maladie est faite avec la découverte de l'Ivermectine qui est le seul médicament distribué aux populations pendant les campagnes de masse. Mais cette efficacité est remise en cause par les travaux de Boussinesq, M. qui estime en 2012 que les simules deviennent résistantes au traitement par l'Ivermectine.

Pion. S., (2004)., apporte une contribution à la modélisation des filarioses à *onchocerca volvulus* et la loase en Afrique centrale. Partant du phénomène d'apparition d'effets secondaires néfastes de l'Ivermectine suite à une co-infection des populations par le filaire loa-loa qui est un agent de la loase, l'auteur souligne que cela a suscité de la mise en place des recherches épidémiologiques de l'aire de répartition de la loa-loa. En effet la présence des filaires loa-loa chez les patients ayant également la filariose *onchocerca volvulus*, entraîne des réactions neurologiques extrêmes et néfastes. L'auteur relève également que l'onchocercose serait à l'origine de nombreux cas d'épilepsies observés dans la région du Mbam. L'auteur étudie entre autres l'impact des traitements répétés à l'Ivermectine sur la population parasitaire et l'intensité de transmission de l'onchocercose dans la vallée du Mbam au Cameroun et note une prévalence importante de l'onchocercose chez les populations Yebekolo et Yambassa. Signalons que les populations du Noun notamment dans l'arrondissement Massangam à Makouopsap sont riveraines au fleuve Mbam. Ce qui n'exclut pas que ces populations soient également fortement touchées par la maladie.

Gilles, A. A., (2006) fait l'historique de lutte contre l'onchocercose. Selon lui, La lutte contre l'onchocercose connaît deux grands moments, la lutte antivectorielle et les campagnes de traitement de masse des populations exposées ou atteintes. La lutte antivectorielle entre 1974

et 1988 consistait à tuer le vecteur de la maladie. La stratégie consistait à verser le long des cours d'eau des insecticides ou larvicides destinés à tuer les simulies qui se développent sur les cours d'eau. Cette méthode est très coûteuse et demande la mobilisation des moyens financiers très importants. Elle continue cependant à nos jours, mais à faible ampleur. En 1988, la chimiothérapie préventive basée sur les campagnes de distribution de l'Ivermectine vient s'ajouter à la lutte antivectorielle. Toutefois l'auteur relève un risque de retour massif des simulies, vecteurs de la maladie. Cela serait dû à l'arrêt des traitements à larvicides, « *le parasite n'étant pas éradiqué, sa dissémination par les mouvements de simulies de grandes amplitudes reste donc théoriquement possible* » (2006 : 05). Il est donc important comme le souligne l'auteur de remettre la lutte antivectorielle tout en améliorant les connaissances sur les mouvements migratoires de ces simulies, vecteurs de la maladie.

Cet auteur apporte également une contribution à la surveillance entomologique et épidémiologique de l'onchocercose en Afrique de l'Ouest. Il souligne que la migration permanente des simulies, vecteur de la maladie, est un obstacle pour l'éradication de l'onchocercose. À cette dernière s'ajoute le fait que certaines populations parviennent toujours à échapper aux activités de lutte menées dans les communautés. Ayant entrepris l'étude de l'impact des changements bioclimatiques sur l'épidémiologie de l'onchocercose, l'auteur parvient à affirmer qu'il existe un risque d'extension de l'onchocercose cécitante en zone de forêt.

Tomen, N.H., (2008) s'intéresse au vecteur de la maladie. Il porte son attention sur le comportement des populations de mouche noire (simulie) dans le bassin du Nyong-Sanaga au Cameroun. Pour lui la présence de l'onchocercose correspond l'aire de répartition de la mouche noire qui trouve dans ces milieux un biotope favorable à son existence. En effet la présence de l'onchocercose comme l'explique cet auteur, est consubstantielle à la présence de la mouche noire qui est présente dans toutes les régions et particulièrement dans les zones à réseau hydrographique dense du pays. L'auteur précise que la simulie n'est pas la source de la maladie, mais le maillon essentiel dans le processus de développement et la transmission du parasite. Il est donc un agent de dissémination de la maladie entre les sujets.

Mengue O. S. (2010), dans une perspective historique, s'intéresse à la lutte contre les maladies tropicales au Cameroun entre 1916 et 2005. Sur cette base chronologique, l'auteur montre l'implication historique de l'administration coloniale française dans la lutte contre les maladies au Cameroun dès le départ de l'Allemagne ayant perdu la guerre et par conséquent ses colonies en Afrique dont le Cameroun. L'auteur situe ainsi les premières activités de lutte contre l'onchocercose avant les années 1980, avec notamment la lutte antivectorielle qui

démarre en 1962 au Burkina Faso pour s'étendre en Côte d'Ivoire à partir de 1974 avec le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP). La chimiothérapie de masse selon l'auteur n'entre en pratique que plus tard dans les années 1950. L'auteur nous fait comprendre qu'au Cameroun, cette lutte commencée en 1916, n'a été intensifiée qu'en 2005 dans l'ensemble du territoire à travers la mise en place d'un « *programme de lutte efficace et pratique pour la préservation de l'intégrité de l'homme* ». Nous signalons tout de même que selon des documents officiels (DLM/MSP, 2012-2016, plan stratégique APOC 2013-2017), la lutte contre l'onchocercose au Cameroun date des années bien avant 2005, mais les travaux de cet auteur restent fort évocateurs. En effet, ils ont pour objectif d'interpeler les pouvoirs publics, les populations et les partenaires au développement sur le fait que l'onchocercose demeure une menace réelle pour la santé des populations et pour l'économie du pays. L'auteur souligne entre autres résultats que la cécité des rivières ou l'onchocercose entraîne des souffrances humaines et des conséquences socioéconomiques considérables malgré les efforts fournis par l'administration coloniale française et l'État du Cameroun entre 1916 et 2005.

Conteh, Engels et Molyneux (2010), ont mené des recherches sur le coût de traitement des MTN en général et de l'onchocercose en particulier. Ils ont constaté que le coût de traitement de ces MTNs est relativement faible grâce au nombre important de programmes existant. En outre, il y a la mise à disposition des médicaments gratuite par les compagnies pharmaceutiques. En dehors de l'onchocercose donc les médicaments sont distribués gratuitement aux populations vivant dans les zones endémiques, le traitement des autres MTNs reste onéreux, du moins pour certaines d'entre elles.

Ngima Mawoung, G., (2011), dans le cadre des recherches commanditées par APOC (2003a), (2003b), (2003c), (2003d), fait allusion aux travaux menés dans de nombreux pays africains dans le but d'expliquer et de faire comprendre l'utilisation mitigée de l'Ivermectine encore appelé le Mectizan au Cameroun. Certaines de ces études ont été focalisées sur les représentations de ce produit qui traite l'onchocercose et qui est distribué gratuitement aux populations vivant en zone endémique. Cet auteur soutient la thèse de Moscovici (1976 :47), selon laquelle « *si la représentation sociale est une préparation à l'action, elle ne l'est pas seulement dans la mesure où elle remodèle et reconstitue les éléments de l'environnement où ol doit avoir lieu* ». Les travaux Ngima sus évoqués ont expliqué l'origine de l'onchocercose selon les populations du Cameroun. Pour ceux-ci, pour éviter cette maladie, il faut se protéger des caprices de la nature et respecter les règles de la communauté. C'est pourquoi, elles pensent que les maladies ont des causes communes à savoir qu'elles sont dues aux changements

climatiques, au non-respect des règles culturelles et à l'hygiène, elles sont héréditaires, elles proviennent de la colère divine ou de la sorcellerie.

Cet ordre de perception de la maladie selon Ngima Mawoung, G., (2011) explique pourquoi, les DC retrouvent par tas, le Mectizan sur ou sous les lits, les claies, dans les assiettes et souvent par terre ou même happé au passage par des poulets ou des canards. Les populations ont une perception et une représentation du Mectizan qu'elles refusent en bloc et qu'elles ne révèlent pas aux médecins. Ces derniers savent seulement soigner les patients, distribuer le produit et rendre compte à leur hiérarchie du non changement de l'état de santé de leurs malades dans les zones endémiques. La distribution du Mectizan auprès des populations pose donc de sérieux problèmes non seulement à cause de l'insuffisance criarde du médicament dans les communautés, mais encore parce que les populations éligibles en boivent pas le Mectizan selon les doses prescrites et pour des représentations ou des perceptions qu'elles ont dudit médicament. Le système mis en place pour faciliter le convoi du Mectizan de la région à la communauté semble fort simple et maîtrisé de tous, sauf les raisons fondamentales qui empêchent que le Mectizan se retrouve suffisamment et dans les « ventres » des populations cibles. Cela prouve que l'approvisionnement en Mectizan au niveau supérieur et sa distribution dans les communautés ne constituent malheureusement pas encore un processus intégré et approuvé par tous les acteurs.

Epée et *al.* (2014), s'intéressent au rapport entre les lésions oculaires et l'observance au traitement à l'Ivermectine sous directive communautaires et cherchent à déterminer si les complications oculaires de l'onchocercose avaient une influence sur les patients qui participent au TIDC. Dans un échantillon qui inclus les moins de 10ans, ces chercheurs ayant testé un total de 764 patients dans la région du littoral au Cameroun, parviennent aux résultats selon lesquelles il existe 48% de bonne observance thérapeutique au TIDC au sein de la population générale et une similarité dans la régularité de prise de Mectizan entre les hommes et les femmes. Ils parviennent donc à la conclusion selon laquelle dans la région du littoral du Cameroun, les patients qui présentent des lésions oculaires de l'onchocercose ont pour leur majorité une bonne observance au TIDC contrairement à ceux qui ne présentent pas de lésion. Par ailleurs, la présence de lésion oculaire de l'onchocercose serait un facteur motivant les patients atteints à une meilleure observance au TIDC.

Dans le même ordre d'approche que Mengue O. S. (Op.cit.), Mambo Tamnou, G.N. (2015) s'intéresse aux efforts du Cameroun et les partenaires dans la lutte contre les maladies

tropicales négligées et souligne l'apport de l'OMS dans la lutte contre l'ulcère de Buruli au Cameroun entre 1969 et 2014. L'auteur fait ainsi une recherche historique sur l'action des institutions internationales des Nations Unies au sein des États africains et du Cameroun sur la lutte contre les maladies endémiques et l'ulcère de Buruli. L'analyse des actions dans le cadre chronologique définit pour ces travaux, l'auteur souligne entre autres une maîtrise et une réduction de la maladie après avoir relevé les obstacles et des imperfections qui retiennent tout de même l'attention. Il s'agit de l'insuffisance des connaissances autour de la maladie due aux limites de la recherche dans le domaine, la pauvreté des populations, les représentations sociales de la maladie, l'inadéquation entre la politique sanitaire mise en place et les réalités locales, l'abandon des acteurs et la rareté des centres spécialisés de soins. Ces résultats pourront à cet effet être pris en considération dans l'analyse des obstacles à la lutte contre l'onchocercose.

Calon, J. (2016) étudie la lutte contre les maladies tropicales négligées et s'intéresse à l'histoire des MTN et à l'historique de la lutte contre ces maladies. Entre autres caractéristiques présentées des MTN, cet auteur souligne que des solutions efficaces et réalistes existent pour combattre et éliminer ces maladies, notamment la mise au point par l'OMS des stratégies à coût assez faible permettant de prévenir, guérir et éliminer certaines de ces maladies tropicales dites négligées. Faisant l'historique, l'auteur relève que certaines de ces maladies qualifiées de tropicales n'ont pas toujours été négligées et n'ont pas toujours existé qu'en zone tropicale. Comme exemple, elle souligne le Trachome qui a existé dans tous les continents jusqu'à la moitié du 20^{ème} siècle et aurait disparu dans l'hémisphère Nord au moment où les conditions climatique et d'hygiène se sont améliorées. Pour ce qui est de la lutte, l'auteur souligne que « *la disparition des maladies tropicales négligées dans les pays riches et le processus de décolonisation ont entraîné un recul de la lutte contre ces pathologies, malgré différentes résolutions de l'assemblée mondiale de la santé au fur et à mesure des années* » (Calon, J. 2016 : 58). Avec le réchauffement climatique et l'augmentation des risques de recontamination des pays riches, la lutte contre ces maladies est de plus en plus accentuée. L'auteur reconnaît tout de même que cette lutte aujourd'hui acharnée sur les MTN par l'ensemble de la communauté internationale est salutaire pour les pays pauvres, dans la mesure où elle devient un élément indispensable dans le processus d'amélioration de leurs conditions de vie.

Niama et al. (2019) dans leurs travaux de recherche sur la prévalence et charge microfilarienne de l'onchocercose dans le foyer du bassin du fleuve Kouilou-Niari en République démocratique du Congo ont mis en évidence que la prévalence de l'onchocercose y est de 11,4% et une CMFC de 1,14 mf /b. selon eux, ces résultats permettent de dire le foyer du bassin de du fleuve kouilou-Niari est en phase de contrôle de la maladie.

Dangmo Tabouli (2020) et (2021), a présenté les facteurs de développement de l'onchocercose dans la région de l'Extrême-Nord Cameroun. Parmi ces facteurs, l'auteur évoque le climat dans cette région caractérisée par la sécheresse, la température, les précipitations, l'humidité, l'aridité et le vent. Ces éléments climatiques d'après l'auteur favorisent le développement de cette maladie. En effet, la mauvaise répartition des pluies dans l'espace et dans le temps sans oublier les changements climatiques qui provoquent la sécheresse, le manque d'eau, la poussière justifient le rôle du climat dans la prolifération des MTNs. En effet, la question de l'accessibilité à l'eau potable demeure l'une des équations non résolues. Les difficultés d'accès à l'eau ont pour corolaire les complications sanitaires. En effet, l'abondance des pluies durant les mois de juin, juillet et août provoque des graves inondations, ce qui constitue un facteur d'éclosion des vecteurs responsables des maladies. Ces eaux en furie se frayent la voie dans la nature laissant les boursiers dans les quartiers, propices aux agents microbiens de séjourner au sein de la population. L'auteur montre également que la faible pluviosité a aussi une conséquence néfaste sur le vécu quotidien des populations. Ainsi, pendant la saison sèche, l'eau se retire dans les lacs et dans les grands fleuves. Ces points d'eau ont la réputation d'être le refuge des agents pathogènes et des vecteurs des endémies tropicales telle que l'onchocercose.

Selon la division de la lutte contre la maladie et le ministère de la santé publique au Cameroun, la lutte contre l'onchocercose et les autres MTN est organisée entre le MINSANTE et une coalition des ONG qui se sont mobilisés pour combattre ces maladies. La politique nationale de lutte contre l'onchocercose est basée sur le TIDC qui s'applique au travers des campagnes de distribution de masse annuellement organisées. Ces stratégies et politiques de lutte ont donc évolué dans le temps avant que l'on adopte en fin le TIDC aujourd'hui. Ces évolutions et améliorations sont documentées. Tout d'abord au lancement des premières campagnes au Cameroun dans les années 1986, la distribution était dite passive. Cette approche consistait en la mise en place des postes de distribution dans les communautés et les populations étaient invitées à passer pour leurs traitements retirer leur dose d'Ivermectine. La deuxième stratégie était verticale c'est-à-dire une distribution à base communautaire faite par le personnel de santé. Ce personnel se déplaçait dans les communautés pour la distribution. La dernière stratégie qui reste d'actualité a été le Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire. Cette stratégie met en scène les membres de la communauté pour la prise en main de leur santé. (DLM/MSP, 2012-2016).

2.1.3. Lutte contre l'onchocercose au Cameroun

Selon le Plan stratégique APOC 2013-2017, les stratégies de lutte contre l'onchocercose au Cameroun passent à travers plusieurs stades évolutifs. En 1998, l'onchocercose est reconnue comme problème prioritaire de santé par le ministère de la santé publique. Il est ainsi créé un programme national de lutte contre l'onchocercose (PNLO). Mais bien avant la mise sur pied de ce programme, les stratégies et les activités de lutte avaient déjà débuté dans les zones endémiques du pays. En 1987, on assiste au lancement du traitement de masse dans la région du Nord et particulièrement dans la vallée de la Vina par le ministre de la santé publique dans le cadre des études de la phase 4 de l'Ivermectine par les équipes de recherche de l'ORSTOM sont venus ensuite entre 1988-1993, le projet pilote de distribution du Mectizan dans le Sud-Ouest à Koumba par l'équipe de l'institut de recherche sur les plantes médicinales (IMPM), le projet de distribution du Mectizan dans le Ndja et Lobo entre 1991-1992 par l'ONG international Eye Fondation (IEF), le projet pilote de distribution du Mectizan à Monatélé dans la région du centre par Helen Keller international (HKI) en 1994, et enfin Les campagnes sur la stratégie de traitement à base communautaire en 1995 avec l'appui de Sight-first et les ONG de développement.

En plus de ces stratégies de distribution de masse appliquées sur le terrain par les ONG pour assurer la couverture de la distribution de masse, le gouvernement camerounais a signé plusieurs conventions lui permettant de contrôler ou d'envisager l'élimination de la maladie sur toute l'étendue du territoire. Les plus significatives ont été : la signature en 1995 de la convention entre le MINSANTE du Cameroun et la Lions Club International Fondation (LCIF). En septembre 1996, la signature d'un mémorandum d'accord entre le Programme Africain de lutte contre l'onchocercose (APOC). En 2006 le Cameroun à travers la déclaration de Yaoundé sur la lutte contre l'onchocercose en Afrique, ensemble avec les autres pays, partenaires et ONG, s'engage à accélérer la lutte pour l'élimination de l'onchocercose en tant que problème de santé publique. Cette dernière convention avec APOC en 1996 permettra au Cameroun de bénéficier de la stratégie TIDC, lancée en 1998 par APOC avec l'appui des partenaires. Cette stratégie est aujourd'hui la principale stratégie pour la lutte contre l'onchocercose utilisée au Cameroun. (Plan stratégique APOC 2013-2017).

Pour ce qui est de l'implémentation du TIDC au Cameroun, elle est attribuée aux ONG et aux associations qui prennent en charge le monitoring et de la planification de la couverture sur l'ensemble des zones endémiques. Ces ONG sous la coordination d'APOC avec le PNLO ont pour rôle d'appliquer et de faire appliquer le TIDC pour une couverture globale favorable

à l'élimination de l'onchocercose. Ainsi ces intervenants participent pour assurer la couverture géographique et l'implémentation des stratégies. Ces ONG sont réparties en plusieurs zones de couvertures. À l'Extrême- Nord, au Nord et à l'Est on retrouve *Helen Keller International*, dans l'Adamaoua et le Sud, l'International Eye Fondation, le Nord-Ouest, l'Ouest et le Sud-Ouest sont assurées par *Sightsavers international* (SSI) et le Littoral par l'ONG Perspective. (DLM/MSP, 2012-2016.).

Tableau 6: Historique de la lutte contre l'Onchocercose au Cameroun

Date	Évènement
1987	Lancement du traitement de masse dans la vallée de la Vina, par Monsieur le Ministre de la Santé Publique ;
Entre 1988 et 1993	Projet pilote de Distribution du Mectizan dans le Sud- Ouest à Kumba ;
Entre 1991 et 1992	Projet pilote de Distribution du Mectizan dans le Dja et Lobo par IEF;
1994	Projet pilote de distribution du Mectizan dans le Centre à Monatélé ;
1995	TIBC avec l'appui de Sight-First (devenu aujourd'hui Sightsavers international) et les ONGDs ;
1995	Signature de convention entre le MINSANTE et la LCIF ;
1996	Début des activités TIBC par LCIF/ONGDs
Septembre 1996	Signature du Mémoire d'Accord entre le MINSANTE et APOC
1998	Lancement du TIDC avec l'appui d'APOC et autres partenaires.
2003	Mise en place d'une unité de pharmacovigilance soutenue par MDP

Source : (DLM/MSP, 2012-2016)

2.1.4. Origine des campagnes de lutte contre l'onchocercose

Les traces historiques de l'existence de l'onchocercose et l'origine de la mise en place des programmes de lutte sont documentées. Les travaux de Pion, S., (2004), Gilles, A. A., (2006), Tomen, N. H., (2008), Calon, J., (2016) et Sanon, K., (sans date) sont forts évocateurs et permettent de lire l'histoire de l'onchocercose d'une lutte contre la maladie dans le monde et en Afrique.

En 1875, John O'Neill, un chirurgien de l'armée marine anglaise découvre les microfilaires dans les lésions cutanées. Ces lésions chez les populations de la Gold Coast, l'actuel Ghana, portent le nom de Craw-Craw en langue locale. John O'Neill souligne le

caractère contagieux de la maladie. Leukart en 1890 et Manson en 1893 sont les premiers à identifier le vers adulte d'*Onchocerca volvulus*. En effet en 1893, Manson analyse des prélèvements faits par Leukart sur un habitant de la Gold Coast. Il décrit des vers adultes et leur donne le nom de *Filaria Vulvulus*. Prout fait la description d'un vers adulte mâle et d'un vers adulte femelle en 1901 à partir de l'observation de la ceinture pelvienne d'un douanier en Sierra Leone. En 1910, Henry et Railliet identifient le vers comme appartenant au genre *Onchocerca* et *filaria volvulus* devient définitivement *Onchocerca volvulus*. En 1917, Robles au Guatemala, observe des lésions nodulaires cécitantes sur des onchocerquiens et suspecte les simulies locales comme vecteurs. Ouzilleau mentionne les mêmes simulies au Congo en 1921 pour la première fois. En 1920, les chercheurs Montpellier et Lacroix font la découverte d'une relation entre les microfilaries décrites par O'neil et les vers adultes d'*onchocerca volvulus*. Ils mettent en fait en évidence que les microfilaries s'accumulent dans le derme. C'est grâce à ces travaux que l'on comprend que les lésions cutanées de « *gale filarienne* » (Craw-craw) sont une manifestation de l'onchocercose. En 1926, Blacklock découvre en Sierra Leone le rôle vecteur d'une similie, *Simulium dommosum* Thesbold, et décrit les différents stades de développement de ce parasite et arrivent à la conclusion que c'est la similie qui est à l'origine de l'onchocercose en Afrique. Entre 1931 et 1932, Hissette établit que l'*onchocerca volvulus* est à l'origine des lésions oculaires graves. En 1944, Fairchild et Barreda démontrent l'efficacité du Dichloro-Diphényl-Trichloroéthane (DDT) sur les larves des simulies. En 1948, les premiers résultats avec la Diéthylcarbonazine, un microfilaricide puissant, sont rapportés par Mazzotti. Il décrit le syndrome Mazzotti et propose un test diagnostique appelé réaction de Mazzotti. En 1949, Garnham et Moc Mahon, utilisent avec succès les épandages du DDT pour éliminer le vecteur d'*onchocerca volvulus* au Kenya. C'est à partir de là que va naître l'idée d'une éventuelle lutte antivectorielle. (Pion. S., 2004 ; Gilles, A. A., 2006.).

En 1955, les premières initiatives de lutte antivectorielles sont entreprises en Afrique de l'Ouest par les équipes d'entomologistes de l'IRD (Institut de recherche pour le développement). C'est ainsi que va naître l'idée d'une lutte à grande échelle contre le vecteur. Ainsi, de 1955 à 1974, en Afrique centrale et de l'Ouest, des initiatives avec Richet, Ovezza et René le Berre, vont permettre de mener une lutte à travers les campagnes de lutte antivectorielle sous l'égide de l'OCCGE et de l'ORSTOM financés par la Banque Mondiale. Le succès de ces opérations montre que la lutte contre le vecteur de l'onchocercose était réalisable dans des vastes régions d'Afrique de l'Ouest. Au cours d'une réunion de la communauté internationale en 1968 à Tunis, l'idée d'une opération de grande envergure naît sous la forme de projet régional. Au fil des années, cette idée est approfondie jusqu'à la mise en œuvre par la

communauté internationale sous l'égide de l'OMS en 1974, d'un vaste programme de lutte contre les populations de *S. dmnusum* (SL) qui devient ensuite le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP).

En 1982, l'Ivermectine est confirmé comme pouvant détruire les microfilaires d'*onchocerca volvulus*. En 1987, ce médicament reçoit l'agrément et est mis sur le marché en Afrique tropicale et c'est le début des campagnes thérapeutiques de masse. L'introduction de l'Ivermectine vient remplacer la lutte antivectorielle et des programmes vont naître dans diverses régions endémiques dans le monde, notamment en Amérique en 1991 avec le programme OEPA, (Onchocerciasis Elimination Programme for América) et en Afrique centrale avec le programme APOC (African Programme for onchocerciasis Control) lancé en 1995, etc. (Pion. S., 2004 ; Gilles, A. A., 2006 ; Calon, J., 2016 et Sanon, K. sd.).

2.1.5. Organisation de la lutte contre l'onchocercose

L'organisation de la lutte contre l'onchocercose dans le monde s'est faite sous l'égide de plusieurs programmes repartis selon les régions endémiques. En effet, comme le souligne Gilles, A. A. (2006), l'initiative des laboratoires Merck et CO a fait don des centaines et des milliers de comprimés de l'Ivermectine, aussi longtemps possible, pour le traitement de l'onchocercose, a favorisé la mise en place des programmes de lutte et d'élimination de l'onchocercose dans les pays endémiques. Dans les pays d'Amérique touchés, la lutte contre la maladie est donc organisée par *Onchocerciasis Elimination Programme for América* (OEPA), en Afrique de l'Ouest il y a eu l'OCP (Onchocerciasis control programme et le programme africain de lutte contre l'onchocercose (APOC) pour l'Afrique centrale.

Le Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest (OCP), est lancé par l'OMS en 1974 avec le soutien du Programme des Nations Unies pour le développement humain (PNUD), la banque mondiale et l'organisation des nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Ce programme va permettre de protéger 30 millions de personnes à risque dans onze pays. Avant la donation de l'Ivermectine par les laboratoires Merck et Co en 1987, la stratégie principale de ce programme repose sur la lutte antivectorielle à travers l'épandage d'insecticides sur les zones de reproduction des simules jusqu'en 2002.

Le programme OEPA, crée en 1991, a eu pour mission de mener et de coordonner la lutte contre l'onchocercose dans les six pays d'Amérique endémique à l'onchocercose (Brésil, Colombie, Équateur, Guatemala, Mexique et Venezuela). La stratégie développée par cette organisation consistait à soutenir les programmes nationaux de ces pays endémiques pour leur permettre d'offrir aux populations touchées, un traitement de masse par administration

trimestrielle ou semestrielle du Mectizan. En 2015, uniquement le Brésil et le Venezuela sont encore endémiques à l'onchocercose. L'objectif des traitements de masse exécutés étant de prévenir l'apparition des complications et l'application de ce traitement de façon répétée a aussi un effet curatif qui permet de limiter la quantité des vers présents dans le corps des personnes infectées.

Le programme APOC, lancé en 1995 par l'organisation mondiale de la santé (OMS) vient remplacer l'OCP qui ne s'occupait que de l'Afrique de l'Ouest. Ce programme avait pour but d'éliminer l'onchocercose dans tous les pays africains sur une période de 12 ans. Il a atteint non seulement cet objectif, mais également la couverture de 19 pays de l'Afrique de l'Ouest, qui ne faisaient pas partie de l'OCP. Il s'agit notamment : du Cameroun, de la RCA, de la RDC, du Rwanda, du Soudan, de la Tanzanie, du Tchad, de Angola, du Burundi, du Congo, de l'Éthiopie, du Gabon, de la Guinée Équatoriale, du Kenya, du Libéria, du Malawi, du Nigéria et de l'Ouganda. Dans ces pays, l'Ivermectine est administré à toutes les personnes vivantes dans les zones endémiques à l'exception des enfants de moins de cinq ans, les personnes en mauvais état de santé général, les femmes enceintes et les femmes allaitantes depuis moins de deux semaines. La principale stratégie utilisée dans le cadre de APOC repose sur le traitement de masse de l'Ivermectine à travers le TIDC (traitement à l'Ivermectine sous directive communautaire). Cette stratégie du TIDC vise l'implication des communautaires en leur donnant la responsabilité de la distribution du Mectizan dans leurs propres communautés.

Ce rappel historique a permis de situer la découverte de la maladie mais surtout la mobilisation et l'évolution des stratégies de lutte contre l'onchocercose. Il a également permis d'apprécier la longévité ou ce que nous appelons le caractère plastique de la maladie ou la durée de sa présence dans le quotidien des populations qui ont intégré cette pathologie dans leur mode de vie. C'était également le lieu de rendre compte des activités et des programmes mobilisés à ce sujet. Ainsi de L'OCP à APOC en passant par l'OEPA, l'historique montre à suffisance les actions jusqu'ici mobilisées pour mettre fin à l'onchocercose dans le monde. Ce fait historique situé dans le temps, justifie la construction des représentations, au fil des années, autour de la maladie et par voie de conséquence, son introduction dans les cultures ou dans les pratiques culturelles des populations vivantes dans les zones endémiques. Cette longévité thérapeutique a donc fait l'objet d'intérêt pour des recherches scientifiques documentées.

2.1.6. Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC)

En 1987, les fabricants du médicament Merck et Co., s'engagèrent à fournir un approvisionnement illimité d'Ivermectine gratuitement à toutes les personnes à risque de

contracter l'onchocercose pendant aussi longtemps que nécessaire. Les approvisionnements en médicament étant assurés, le défi pour les programmes de lutte contre l'onchocercose était alors de trouver le moyen d'apporter le traitement à ceux qui en avaient besoin, et d'assurer que ce traitement soit maintenu pendant une période suffisamment longue pour parvenir à une maîtrise totale de la maladie. C'est ainsi qu'est mise en place l'approche TIDC, Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire, qui voulait que les populations des communautés affectées entreprennent et dirigent leur traitement. De cette approche va naître la notion du Distributeur communautaire (DC). Ce dernier sera donc un membre de la communauté qui a un certain nombre de caractéristiques morales et intellectuelles qui permettent d'évaluer et de distribuer l'Ivermectine à ses pairs en respectant des consignes précises de traitement (taille, poids, âge et état sanitaire, etc.). Pour le bon fonctionnement du système de distribution de l'Ivermectine, quelques conditions de base devaient être réunies :

- le système devait être bon marché,
- le système devait être utilisable dans certaines des régions de l'Afrique les plus difficiles, les plus éloignées, déchirées par des guerres, dont beaucoup étaient éloignées des centres de santé urbains,
- le système devait être durable pour interrompre la transmission du parasite, l'Ivermectine doit être administré une fois par an pendant 16-18 années à toutes les populations éligibles.

Pour que toutes ces conditions soient respectées, la solution était le traitement sous directives communautaires (TIDC) dans lequel les communautés vivant dans les zones affectées sont encouragées à entreprendre et à gérer leur propre traitement. Cette stratégie a propulsé la participation communautaire en matière de santé publique à un niveau qu'aucun autre programme ne l'avait fait auparavant. Le tableau suivant montre de façon chronologique la succession des événements relatifs à la mise en place du TIDC (OMS 2018).

Tableau 7: Historique du Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC)

Années	Actions
1988	L'OCP utilise des équipes mobiles d'agents de santé pour distribuer l'Ivermectine. Il y a très peu de participation communautaire et les coûts de revient au système de santé sont élevés.
1995	Les experts de l'OMS, de la Banque mondiale, et du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation en maladies tropicales (TDR) recrutent une équipe de scientifiques africains pour trouver une méthode plus viable et plus rentable de traitement à l'Ivermectine.
1996	Les résultats d'une étude multi-pays montrent que le traitement à l'Ivermectine sous directives communautaires (TIDC) est une approche faisable, efficace et viable.
1997	L'APOC adopte officiellement la stratégie du TIDC, qui s'avère être un succès énorme.

Source : synthèse de l'auteur, OMS (2018)

2.1.7. Représentations socioculturelles des campagnes de santé de masse

La lutte contre les épidémies et les autres pathologies comme les MTN et l'onchocercose passent par la prévention qui se fait à travers la vaccination. Elle consiste en l'administration de certaines molécules à visées préventives et curatives, l'application des mesures barrières souvent édictées par les spécialistes et responsables sanitaires. Les méthodes varient en fonction des pathologies. Elles peuvent être des injectables, des gouttes ou tout simplement des comprimés que l'on distribue aux populations lors des campagnes de distribution de masse. Cette problématique pour la prise en charge et la prévention de certaines épidémies et maladies endémiques dans la région africaine et au Cameroun fait face aux représentations et à certaines cultures réfractaires. Elle fait donc l'objet de plusieurs réflexions scientifiques.

2.1.7.1. Représentations et perceptions du Mectizan

Les représentations et les perceptions du Mectizan sont considérées comme un frein à l'acceptation et sa prise par les populations. Le Mectizan est encore appelé « petit piment », « petit tueur », « casseur de mariage ou des familles » (Ngima 2011 ; 307). Ce médicament n'a donc pas bonne presse dans les communautés dès son administration dans la fin des années 90 au Cameroun, au Congo Brazza, en RDC ou au Tchad. Malgré les vertus qu'on lui donne et qu'on lui reconnaît par ailleurs, le Mectizan n'est pas unanimement accepté parce que très mal perçu. Pour la plupart de ces populations, le Mectizan rend les femmes stériles ; il tue les

organes sexuels masculins, donne l'épilepsie aux enfants et diverses autres maladies graves, et puis finalement décime les populations. Ngima (2010), observe que dans la plupart des villages des différents pays sus évoqués, les distributeurs communautaires, les leaders d'opinions, les tradipraticiens, les chefs de familles interdisent aux leurs de boire ce comprimé envoyé par les gouvernants pour les empêcher de procréer. On comprend logiquement pourquoi la série des soins prodigués par les équipes d'APOC sur le terrain pendant six mois n'a presque pas produit des fruits escomptés par l'OMS pour éradiquer l'onchocercose comme problème de santé publique. Dans les années 2010, le taux de couverture thérapeutique restait toujours très en deçà de 65%. Cette recherche a également montré que la communication accrue autour du Mectizan auprès des populations augmente significativement la prise du médicament.

Ces représentations du Mectizan sont reprises par les travaux de Ngo Tonye et Nkoum (2021). Pour ces auteurs, la méfiance, la peur, la mort, la crainte des effets secondaire (le coma, le gonflement d'un membre ou d'un organe, une poussée massive des boutons, les poly allergies), la consommation de l'alcool pendant la prise du Mectizan, les conséquences causées par les filaires, les traitements alternatifs des filaires (médicaments traditionnels et autres) sont autant de représentations sociales qui limitent la prise du Mectizan. On apprend de ces deux auteurs que :

Les enquêtés perçoivent le Mectizan comme un médicament qui fait peur, qui peut même entraîner la mort. Ces images découlent de leurs attitudes vis-à-vis du médicament, lesquelles sont fonction des effets secondaires constatés dans l'entourage, ou sur eux-mêmes. La représentation, qui ont de ce médicament une image de méfiance, de peur, de destruction pour la communauté (Ngo Tonye et Nkoum ; 2021 : 45).

Il ressort des travaux susmentionnés que les effets secondaires du Mectizan, sont liés à la consommation de l'alcool après la prise du médicament. Certains ne peuvent pas rester 24 h sans boire. On y apprend qu'« il y a aussi le fait que je ne peux pas dormir sans boire et ceux qui distribuent le Mectizan disent de rester 3 jours sans boire, après je ne peux pas supporter » (Ngo Tonye et Nkoum (2021 : 46). C'est dans le même sens que nous apprenons des mêmes auteurs que plus de la moitié des patients soignent les filaires avec des remèdes traditionnels. Beaucoup de patients font confiance aux savoirs endogènes pour le traitement de cette maladie tropicale. Cette situation pourrait être la cause de la non prise du Mectizan pour la plupart des victimes.

2.1.7.2. Prévention des maladies et vérité des campagnes de masse

La prévention des maladies en contexte d'épidémiologie passe par les campagnes de vaccination ou de chimioprévention en masse des populations. Ces activités dites de prévention font l'objet de nombreuses réticences au sein des populations mais aussi au sein de la communauté scientifique. Des auteurs ont tôt fait d'attirer l'attention sur la problématique de la prévention sanitaire en portant leur réflexion sur la vaccination et les campagnes de masse. C'est ainsi que, Brouwer (1997), relevant les dangers et les conséquences, présente la vaccination comme une *erreur du siècle*, et relève que les fabricants des vaccins soutenus par la biomédecine ou les prestataires de soins biomédicaux, ne donnent pas assez d'information ou alors falsifient les informations autour des vraies réalités de la vaccination. Ces fabricants sont soutenus par des politiques qui ne permettent pas aux populations de connaître les différentes réalités autour des campagnes de prévention.

S'inscrivant dans cet ordre de réflexion, Schaller, T. C. et Razanamahay, J. (2004), mettent la lumière sur l'intérêt capitaliste qui encadre la problématique de la prévention des maladies au travers les campagnes de distribution de masse. Ils stipulent que *les vaccins sont des poisons* et soulignent que la vaccination constitue un immense empire industriel soutenu par des intérêts marxistes focalisés sur la recherche du gain et du capital.

Georget, M. et Cornilo, P. (2007), dans le même ordre d'idées mentionnent que le vaccin entre dans l'ordre des « *vérités indésirables* » en s'interrogeant sur les clés permettant d'avoir des connaissances sur les problématiques préventives et l'origine des risques auxquels on s'expose lorsqu'on se prête aux campagnes de vaccination de masse. Ce manque d'informations et de sensibilisation des populations bénéficiaires sur ces réalités influencent forcément les réactions de ces derniers. Endoctrinées par leurs mentalités culturelles et leurs représentations autour de leur santé et les interprétations culturelles de leurs maladies, les populations de par leur sensibilité anthropologique se livrent à des interprétations et se construisent leurs propres perceptions autour de ces campagnes de traitement de masse. C'est aussi le cas avec les campagnes de distribution de masse de Mectizan pour la lutte contre l'onchocercose.

2.1.7.3. Résistance au traitement de masse à l'Ivermectine

Dans l'approche biomédicale, il est souvent souligné un risque de résistance du corps à certaines molécules suite à une absorption très fréquente. La résistance à l'Ivermectine /Mectizan obéirait à cet ordre d'explication. Dans le cadre de la lutte contre l'Onchocercose, Bossinesq, M. (2012), relève que les simuliés deviennent résistantes au traitement à

l'Ivermectine. Cette résistance serait donc due à l'exposition répétitive et durant de longues périodes des populations à la molécule d'Ivermectine. En effet les assertions de l'auteur viennent des résultats de recherche menées au Cameroun et qui a consisté à comparer les réponses de l'onchocerca à l'Ivermectine et le génotype du parasite dans deux populations, l'une traitée à l'Ivermectine depuis une dizaine d'années et l'autre non traitée ou jamais traitée. Les résultats produits, montrent que les deux groupes de populations restent sensibles à l'effet du médicament. En effet, les charges chutent après le traitement mais elles remontent très vite chez les sujets traités depuis une dizaine d'années que chez les sujets n'ayant jamais été traités. Selon l'expert, la dynamique de l'évolution des charges microfilariennes dépend des facteurs individuels, c'est-à-dire le nombre de nodules onchocerquiens chez les individus. Les traitements à l'Ivermectine ont donc aujourd'hui peu d'effet sur les capacités reproductives des femelles d'Onchocerca. Les nodules des patients traités plusieurs fois contiennent des femelles gestantes et en phase de reproduction, différent de celle des nodules des patients non traités (Haut Conseil de la santé publique, 2011 : 183).

2.1.8. Culture et réticence des populations aux campagnes de prévention de masse.

La lutte contre les maladies à travers les campagnes de masse fait généralement face aux barrières culturelles et des auteurs ont documenté leurs travaux autour de la question. En effet, Ngo Likeng, J., (2001 ; 2013) et Janserbe, F. (2013) recherchent dans la culture, les facteurs explicatifs du refus des populations à adhérer aux campagnes de traitement de masse dans le Nyong et Kélé au Cameroun comme au Tchad. Pour ces auteurs, les campagnes de prévention sont craintes et refoulées par les populations bénéficiaires du fait des représentations et l'encrage culturels.

En 2001, Ngo Likeng, J., fait une analyse anthropologique des réticences des populations camerounaises et particulièrement du groupe culturel bassa'a à la vaccination après l'initiative de Bamako et la conférence de Alma-Ata de 1978 adoptée au Cameroun en 1982. Partant du constat du faible niveau de connaissance des agents de santé et par conséquent de leur incapacité à informer les populations qui sollicitent les soins de santé, l'auteur s'interroge sur la qualité des soins administrés. Elle cherche à identifier les facteurs explicatifs des comportements de refus de la vaccination affichés par les populations du groupe culturel bassa'a. Partant des hypothèses selon lesquelles l'ignorance des causes et des conséquences produites par les maladies pour lesquelles les populations sont supposées se préserver, l'insuffisance de formation du personnel de santé sur les techniques lui permettant de bien exécuter son travail elle plante les jalons d'une étude anthropologique approfondie sur les facteurs socioculturels

limitant l'accès à la vaccination et par élargissement aux campagnes de traitement de masse de Mectizan qui nous interpellent.

En 2013, Ngo Likeng, J., approfondissant ses travaux sur les facteurs anthropologiques de réticences des populations face à la vaccination, recherche les facteurs limitant l'accès à la vaccination et s'interroge sur les causes de l'échec des campagnes de vaccination dans la localité du Nyong et Kéllé au Cameroun. Elle examine ainsi les différentes perceptions des populations sur les questions d'immunité et parvient aux résultats selon lesquels, dans l'ordre des représentations culturelles, les campagnes de masse feraient partie des mécanismes de réduction de la natalité par stérilisation des jeunes enfants. Au-delà de ces représentations, dans cette socioculture, le vaccin est perçu au même titre que les « *blindages* ». À la différence que l'encrage des pratiques traditionnelles est aussi important que les campagnes de traitement de masse ne peuvent qu'être vouées qu'à l'échec du fait de la préférence des communautés aux thérapies culturelles locales. Ce dernier résultat peut être transférable à l'ensemble des populations du Cameroun dans la mesure où une bonne majorité de celle-ci, rurale comme urbaine, utilisent les itinéraires traditionnels pour résoudre les problèmes de santé, qu'ils soient curatifs ou préventifs. De ce fait, l'auteur pense que les campagnes de vaccination doivent être précédées par des campagnes de communication visant à répondre aux préoccupations sur les « *connaissances, attitudes et pratiques liées aux comportements des groupes cibles, en vue de changer ou de développer certains de leurs comportements ayant un impact sur l'objectif* » (Ngo Likeng, J. 2013 :186-187).

Dans le même ordre de pensée, chez Janserbe, F., (2013), les populations se méfient de la gratuité et adhèrent difficilement aux campagnes de distribution de vaccin en masse. L'auteur aborde les déterminants de la poliomyélite et souligne que « *malgré les multiples campagnes de vaccination organisées au Tchad* » l'épidémie continue de refaire surface. Les facteurs de cette insistance sont entre autres liés aux facteurs culturels réfractaires et la représentation sociale selon lesquelles ces vaccins sont inventés « *par le blanc pour réduire l'accroissement démographique des noirs* » Janserbe, F. (2013 : 14). On peut donc entrevoir à travers ces travaux les réalités de la problématique d'élimination de l'onchocercose à travers les campagnes de chimiothérapie préventive de masse.

2.1.8.1. Religions et lutte contre la maladie

La religion est un phénomène culturel dont l'ancrage influence les comportements sociaux face à la santé et à la maladie. Fainzan, S., (2002) et Kouekam M.E. (2013) dans leurs travaux abordent justement la question de la religion face aux pratiques et aux comportements de santé.

Fainzan, S., (2002), aborde la problématique des liens entre la religion la santé et la maladie et démontre l'influence de la religion sur le choix thérapeutique, la religion étant abordé comme un creuset culturel à l'origine des comportements culturels. L'auteur analyse la relation entre le patient et le médecin sous le prisme de l'influence religieuse et souligne que,

S'il est admis que les sujets ont des comportements différents à l'égard de la maladie et des médicaments en fonction de leur milieu social, on ne sait rien en revanche des différences observables à l'intérieur d'un même milieu social, entre individus d'origines culturelles religieuses différentes. Fainzan, S. (2002 : 4).

En effet, les patients consultent les médecins homéopathiques à l'insu de leur médecin biomédical. Certains comportements thérapeutiques des acteurs sont induits par leur origine culturelle religieuse. « *De sorte qu'on ne peut appliquer indistinctement, à tous les sujets d'un même groupe social, les mêmes modèles de conduite, pas plus qu'on ne peut rabattre sur l'individuel ou le psychologique ce qui relève indubitablement de tendances collectives* » Fainzan, S. (2002 : 11).

Kouekam, M. E. (2013), dans le même ordre d'idée, analyse l'adhésion aux campagnes de distribution de masse sous un angle symbolique et souligne que la lutte contre les maladies appelle la mobilisation des ressources symboliques pour conjurer l'épidémie souvent considérée comme un mauvais sort. L'auteur souligne alors que le pluralisme religieux est comme un facteur de cohésion sociale dans les efforts de lutte contre les épidémies. En effet, Les religions ont souvent constitué des obstacles à la pratique de la vaccination. En 1829, le pape Léon XIII déclarait que quiconque procède à la vaccination cesse d'être fils de Dieu. Pour lui, l'épidémie de variole qui faisait rage à son époque, était un châtement voulu par Dieu, et la vaccination un défi contre le ciel.

À travers ces différents travaux, on pourrait aisément comprendre les raisons de la persistance de certaines maladies et notamment l'onchocercose qui pourrait être liée à la faible couverture thérapeutique due au caractère réfractaire des populations bénéficiaires. Pourtant en ce qui concerne l'onchocercose, les campagnes de distribution de masse de médicaments de prévention couvrent un nombre important des populations exposées mais laissent une partie

non traitée. Ce qui limiterait l'élimination de la cécité des rivières chez les populations de Kouoptamo, Fosset et Massangam.

2.1.9. Maladies Tropicales Négligées

Calon, J., (2016) et Socpa A. (2021), revenant sur le fait que les maladies tropicales sont des maladies qui n'existent qu'au niveau de tropiques, c'est-à-dire des zones à climat chaud et humide, font une présentation plus ou moins détaillée des différentes maladies tropicales répertoriées par l'organisation mondiale de la santé. En effet, comme le disent ces auteurs, les actions de l'OMS ciblent 17 maladies tropicales négligées et Calon, J. (2016 : 02) précise que certaines de ces maladies sont transmises par les virus (la dengue et la rage), d'autres par les bactéries (le trachome, l'ulcère de buruli, la lèpre, la tréponématose endémique), d'autres encore sont transmises par des parasites parmi lesquelles l'onchocercose, (la cysticercose, l'échinococcose, la distomatose d'origine alimentaire, la schistosomiase ou bilharziose, la maladie de chaggas, la maladie du ver de guinée, la trypanosomiase humaine africaine ou maladie du sommeil, la leishmaniose, la filariose lymphatique ou éléphantiasis et les géohelminthiases). Ces auteurs font une présentation détaillée de ces maladies tropicales après avoir présenté leurs caractéristiques communes à savoir :

- elles sont signe de pauvreté et d'exclusion,
- elles nécessitent de très longues durées thérapeutiques,
- elles touchent des populations peu visibles avec un faible poids politique,
- elles ne se propagent que dans des zones spécifiques du monde,
- elles causent la stigmatisation et la discrimination,
- elles ont un impact sur la morbidité et la mortalité des populations touchées,
- elles intéressent très peu la recherche.

En référence à ces auteurs, nous présentons quelques-unes de ces maladies et principalement l'onchocercose.

2.1.9.1. Dengue

La dengue est une maladie tropicale transmise par un virus. La piqûre de la femelle de l'espèce *Aedes aegypti* et éventuellement celle de *Aedes albopictus* ou moustique tigre, transmettent le virus à l'homme. Cette maladie est largement répandue en zone tropicale « avec des variations locales, fonction des précipitations, de la température, de l'urbanisation rapide et non maîtrisé ». Le virus de la dengue infecte principalement les cellules de la moelle osseuse

et peut également se retrouver dans les hépatocytes et les cellules endothéliales. Le nombre de cas recensé par l'OMS chaque année passe de 0,4 million en 1996 à 3,2 millions en 2015. Les régions les plus touchées sont l'Amérique du sud, l'Asie, et l'Afrique.

2.1.9.2. Rage

La rage est transmise par la salive d'un mammifère lors d'une morsure. Dans plus de 99% des cas chez l'homme, la rage est d'origine canine. Elle est présente sur presque tous les continents et plus de 95% des cas humains mortels surviennent en Asie et en Afrique. Elle est considérée comme négligée parce qu'elle touche les populations pauvres et vulnérables vivant principalement dans les zones rurales.

2.1.9.3. Filariose Lymphatique

La filariose lymphatique ou éléphantiasis est une infection qui se produit lorsque les parasites filaires responsables de la maladie sont transmis à l'homme par des moustiques. Elle est provoquée par un nématode de la famille des filaridés. Généralement contractée dans l'enfance, cette infection provoque des dommages non apparents dans le système lymphatique. Les manifestations visibles sont le lymphœdème, l'éléphantiasis et la tuméfaction du scrotum, n'apparaissant que plus tard dans la vie et entraînant des incapacités physiques permanentes. 80% des personnes concernées vivent en Afrique et en Asie. La lutte contre l'onchocercose à travers les campagnes de distribution de masse de Mectizan est aussi associée à la prévention de la filariose lymphatique.

2.1.9.4. Maladie de Chagas

La maladie de Chagas plus connue sous l'appellation de trypanosomiase humaine américaine est découverte en 1909 par le médecin Carlos Ribeiro Justiano Chagas. Elle est causée selon les descriptions de ce médecin, par un protozoaire du type *trypanosoma Cruzi*. Ce parasite est transmis par des insectes piqueurs et suceurs de sang. Elle peut également se transmettre d'un homme à un autre par ces piqûres d'insectes, et si le malade est un enfant de moins de deux ans, les complications potentiellement mortelles peuvent survenir.

2.1.9.5. Trachome

Le trachome est la deuxième cause de cécité au monde et la première cause de cécité évitable. Elle existe dans les zones rurales de 44 pays du monde et est responsable des déficiences visuelles pour près de 1,7 million de personnes (OMS. 2021). Elle existe donc en Australie en Amérique du Sud, en Asie du Sud-Est et en Afrique. Le trachome est causé par

une bactérie appelée *Chlamydia trachomatis*, un bacille intercellulaire obligatoire, c'est-à-dire qu'il ne peut vivre en dehors d'une cellule hôte et son réservoir est l'homme. Le micro-organisme se transmet par contact avec un écoulement nasal ou oculaire d'une personne infectée par partage d'une serviette, d'un mouchoir, d'une literie ou d'un vêtement contaminé. Les mouches de l'espèce *Musca surben* attirées par les sécrétions oculaires peuvent également transmettre la maladie. Au Cameroun, selon les rapport de l'enquête de surveillance du trachome réalisé par le programme national de lutte contre la cécité en 2019, cette maladie est endémique dans 21 districts de santé des régions du Nord et de l'extrême-Nord.

2.1.9.6. Lèpre

La lèpre est une maladie chronique provoquée par le bacille *Mycobacterium leprae*, ou bacille de Hansen, gram positif acido-alcool-résistant et de forme allongée. Elle touche principalement la peau, les nerfs périphériques, la muqueuse des voies respiratoires supérieures ainsi que les yeux. La lèpre est peu contagieuse et se transmet par des gouttelettes nasales ou buccales lors des contacts proches et fréquents avec un sujet infecté non traité. Cette maladie peut être guérie et le traitement à un stade précoce permet d'éviter les incapacités. Grâce à l'OMS et à plusieurs ONGs, le traitement est quasi gratuit et efficace pour tout type de lèpre depuis 1995.

2.1.10. Onchocercose

Selon Leuckart (1893) repris par Gilles, A. A., (2006) et Sanon, Karim (sans date), l'onchocercose est une maladie parasitaire qui est causée par des micro-filaires de l'espèce *onchocerca volvulus*, qui se développent dans la couche supérieure du derme de l'homme. Elle est encore définie comme un nématode *filariodea* de la famille des *onchocercidae* et du genre *onchocerca*. En effet, cette maladie est due à la libération des vers microscopiques par des vers adultes. Ces microfilaires ainsi libérées, provoquent alors des démangeaisons souvent insupportables, des lésions cutanées et plus grave la cécité lorsqu'elles migrent vers les yeux. La femelle du parasite se rétracte sous la peau des sujets formant ainsi des formes nodulaires sous la peau du sujet atteint. Cette femelle est alors fécondée par le mâle et pendant 12 à 14 ans, produit des millions de microfilaires. Les microfilaires ainsi produites peuvent vivre près de deux ans environ sous les tissus de la peau et dans le globe oculaire. Leur mort à ces endroits du corps humain entraîne des réactions inflammatoires et des lésions oculaires qui aboutissent à la cécité du sujet infecté. Sous la peau, les microfilaires provoquent des éruptions cutanées causant d'énormes démangeaisons sur la peau, des épaissements de la peau et des dépigmentations localisées sur certaines parties spécifiques de celle-ci. Dans les localités

fortement touchées, on observe souvent une perte de poids, un affaiblissement général et des troubles de croissance chez les plus jeunes. « *La transmission homme à homme est obligatoirement vectorielle et assurée exclusivement par les simulies, diptères Nématocères, appartenant à la famille des simulidae et du genre simulum latreille* » Gilles, A. A., (2006 : 03). Plusieurs manifestations sont attribuées à l'onchocercose. Elles peuvent être nodulaire, cutanées, lymphatiques, oculaires et même généralisées sur le corps du patient.

2.1.10.1. Manifestations nodulaires

Les manifestations nodulaires sont caractérisées par la formation des nodules ou des formes nodulaires sous cutanées. Ici, les microfilaries se développent autour des adultes. La localisation peut varier selon les régions et les zones endémiques. En Afrique, les localisations les plus connues sont en position basse, c'est-à-dire dans les crêtes iliaques, les grands trochanters, le *grill costal*, la région sacro-coccygienne et les membres inférieurs, augmentant avec la durée de l'exposition et l'âge moyen du patient infecté, des nodules, varient d'un à cinquante. En Amérique, ces nodules se retrouvent en position un peu plus haute et généralement localisés sur le crâne et autour de la ceinture scapulaire. Ces différentes positions des nodules sont en relation avec la localisation récurrente des piqûres des insectes vecteurs.

2.1.10.2. Manifestations cutanées, lymphatiques et oculaires

Au niveau de la peau, la présence des microfilaries produites dans les nodules entraîne des réactions inflammatoires sur la peau. Ces réactions sont traduites par des gales filariennes. Après plusieurs années d'infection chronique, l'épiderme s'atrophie et devient fragile et brillante. On parle généralement de peau de crocodile. Au niveau cutané également, on peut aussi observer des troubles de pigmentation de la peau et principalement au niveau du tibia. Cette forme de manifestation est décrite comme une peau de léopard. Chez certains patients de certaines régions, une onchodermatite localisée, très réactive et chronique désignée par le terme « *Sawda* » se manifeste par un prurit intense, des papilles et des croûtes, un œdème, une pachydermie, une hyperdépigmentation et une hypertrophie des ganglions lymphatiques locaux. La manifestation cutanée va d'un simple grattage pouvant aller jusqu'à des démangeaisons sévères qui lorsqu'elles atteignent le seuil d'intolérance peut amener le malade au suicide.

Dans le liquide organique qui circule dans les vaisseaux lymphatiques, la manifestation est caractérisée par l'existence d'allopathies indolores au niveau inguinal. De ce fait, l'éléphantiasis est soupçonné d'être une manifestation lymphatique de l'onchocercose. Les

manifestations lymphatiques sont dues à la complication des manifestations dermiques ou cutanées qui aboutissent à des lymphadénites et l'éléphantiasis des organes génitaux.

L'atteinte oculaire fait partie des manifestations les plus sévères de l'onchocercose. Elles se caractérisent par l'atteinte des segments antérieurs et postérieurs de l'œil qui conduit à la malvoyance et éventuellement à une cécité totale. (Barro, S.A., 2006), autrement dit, les manifestations oculaires de l'onchocercose sont liées à l'occupation des parties de l'œil par les microfilaries produites au niveau des nodules. L'atteinte oculaire peut concerner les deux segments de l'œil et par complication peut entraîner la perte totale de la vue ou l'état de cécité. (Calon, J., 2016, Barro, S.A. 2006, Gilles, A. A., 2006, Boussinesq, M. 1997).

2.1.10.3. Autres manifestations

En dehors des manifestations localisées, on peut observer une manifestation généralisée dans l'ensemble du corps. Les défiances du corps contre les infections sont affaiblies et l'état général du patient est totalement altéré. On retrouve les embryons des filaires dans le foie, le rate, les reins, les poumons, dans le sang, les urines, les liquides céphalo-rachidiens, les sécrétions vaginales etc. Cette présence généralisée entraîne des troubles de développement staturopondéral avec souvent un infantilisme sexuel et associé pour certains cas à une épilepsie et un retard mental. Elle entraîne également l'infertilité par la survenue des avortements et des troubles des menstrues chez les femmes. L'onchocercose est aussi considérée comme facteur à risque dans la survenue de certains cas d'épilepsie et certaines formes de gonflement du corps attaquant uniquement que les membres supérieurs et inférieurs du corps humain. (Boussinesq, M. 1997 ; Gilles, A. A., 2006 ; Barro, S.A., 2006 ; Calon, J., 2016).

2.1.11. Stratégies de lutte initiées contre l'onchocercose en Afrique

Pour ce qui est de la prévention ou de la lutte contre l'onchocercose, l'OMS a lancé depuis 1974 le programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest en collaboration avec la banque mondiale, le programme des nations unies pour le développement (PNUD) et l'organisation pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). Ce programme a permis de protéger 30 millions de personnes en risque d'être infectées. Jusqu'à la donation de l'Ivermectine par le laboratoire MERCK et CO en 1987, le programme de lutte contre l'onchocercose consistait en la lutte antivectorielle par épandage par avion des insecticides. (Calon, J., 2016). De nos jours, la principale stratégie de lutte à grande ampleur contre l'onchocercose reste la chimiothérapie préventive avec l'administration périodique de l'Ivermectine ou le Mectizan aux populations vivantes dans les zones endémiques. Bien que l'on puisse associer en filigrane l'usage de la

moustiquaire imprégnée d'insecticides (MILDA) parmi les méthodes de prévention, la lutte contre l'onchocercose s'est construite jusqu'ici autour de la lutte antivectorielle et la chimiothérapie préventive.

- **Lutte antivectorielle**

Selon Gilles, A. A., (2006), en l'absence d'une thérapie sans danger pour l'homme et facilement applicable à grande échelle, la lutte antivectorielle a été la seule stratégie au départ utilisée. Cette stratégie se fonde sur la destruction des vecteurs lorsqu'ils sont encore sous forme larvaire. La principale méthode utilisée dans cette lutte consistait en l'épandage des larvicides le long des cours d'eau où les gîtes larvaires étaient identifiées. Cet épandage a donc été réalisé par des avions pour les cours d'eau larges et dégagés et par les hélicoptères pour le traitement des rivières et des zones des cours d'eau et rivières accidentées. Il se faisait aussi par voie terrestre pour des endroits isolés où les débits d'eau étaient moins élevés. (Hougard M. et al. 1996 ; Gilles, A. A., 2006 ; DLM/MSP, 2012-2016 ; Plan stratégique APOC 2013-2017).

- **Chimioprévention**

D'après Coulaud, (1983), l'Ivermectine est le médicament que l'on a découvert efficace et sans effet secondaire néfaste ou grave pour le traitement de masse de l'onchocercose. Bien des témoignages collectés dans le cadre de cette recherche évoque la mort de certains patients suite aux effets secondaires ayant entraîné la mort des patients. Gilles, A. A. (2006) souligne que ce médicament a été introduit à grande échelle dans la lutte contre l'onchocercose dans les années 1989. Ce médicament vulgarisé par l'initiative des laboratoires Merck et CO. à travers le don de médicament, avait pour objectif de réduire, selon cet auteur, les échanges microfilariens entre les communautés et de lutter contre la morbidité onchocerquienne. Il a pour effet de diminuer rapidement la charge parasitaire dermique, l'intensité de la transmission de la maladie et permettre à long terme de prévenir la cécité. Il entraîne aussi une amélioration de l'état général et un état de bien-être chez les patients. L'on a également démontré que l'Ivermectine administré à un rythme annuel impacte sur la transmission de l'onchocercose. (CUPP, 1989, Boussinesq 1991 ; Gaxotte 1998 ; Plan stratégique APOC 2013-2017).

2.2. Critique de la revue de la littérature

L'examen des différentes littératures autour de la maladie, des campagnes de lutte des masses, les maladies tropicales négligées, sur les approches anthropologiques, sociologiques, politiques et historiques ont permis de se situer sur l'état de la question relative à la lutte contre

l'onchocercose comme élément de la culture. Ces différents travaux nous ont aidé à nous rendre compte des réalités sur les maladies tropicales négligées, en l'occurrence de l'onchocercose.

Sur le plan socioculturel, nous retenons que la maladie est consubstantielle à toute société et à des interprétations diverses selon les groupes culturels mis en cause. La maladie apparaît dans toutes les cultures comme signifiant social et la culture la saisit et lui donne sens et signification. Chaque société ou groupe culturel se représente la maladie en fonction de ses causes, de ses manifestations ; les idées construites et développent des thérapies conséquentes. La maladie est source de représentations et de construction sociale et ces représentations influencent sur les choix thérapeutiques. Les maladies et leurs prises en charge sont influencées par des idéologies politiques, religieuses et économiques. Les politiques imposent et influencent sur la connaissance et les réalités véritables des molécules thérapeutiques introduites dans les campagnes de masse. La prise en charge des maladies a dès lors un enjeu purement économique et politique. Sur le plan de la religion, certaines croyances comme l'ont souligné les auteurs influencent sur l'adhésion ou non des populations aux programmes de santé communautaires implémentés dans les communautés.

Pour ce qui est des campagnes thérapeutiques, on peut comprendre avec les auteurs qu'elles se confrontent aux représentations de la maladie mais aussi aux idées conçues ou perceptions culturelles autour de la gratuité et des molécules de prévention ou de traitement distribués. En effet, lorsque nous lisons l'approche politique et économique, on peut se rendre compte avec les auteurs que les populations bénéficiaires ne sont que très peu informés des véritables réalités qui soutiennent souvent la distribution de masse des médicaments et des vaccins. Comme l'ont si bien souligné les auteurs, les vaccins et la vaccination font partie des vérités indésirables. Outre ces aspects politiques et économiques autour de la gestion des informations sur les réalités des campagnes de masse, qu'il nous soit permis de relever qu'elle contribue à l'apparition des comportements de méfiance, de réticences et de résistance par les populations ou les bénéficiaires. Additionnée à cela, la prise prolongée en de longues périodes et années des traitements contribue également à développer des comportements de lassitude et par conséquent du rejet des traitements.

Concernant les maladies tropicales négligées et l'onchocercose, la littérature a permis de revenir sur les conditions de leur évolution, et ainsi à passer en revue quelques-unes de ces maladies. De l'onchocercose puisqu'il s'agit d'elle, nous avons fait connaissance de l'histoire de sa découverte, son milieu d'évolution et les différentes stratégies de lutte ou de tentatives d'élimination. La littérature nous renseigne également sur sa présence au Cameroun et

particulièrement à l'Ouest et dans le département du Noun depuis les années 1966. On a également pu lire et apprécier la longue existence et les longues années de lutte, de prévention et de tentatives d'élimination de l'onchocercose. Cette longue présence de l'onchocercose et les différentes stratégies de lutte étendue le long des années, dénotent de la persistance de cette maladie et laisse transparaître son intégration dans les cultures et les pratiques locales de santé.

Le constat que nous pouvons faire de l'examen de ces éléments de littérature est que, la maladie sur le plan anthropologique, est un tout qui intègre l'ensemble de la vie sociale et culturelle. Ceci signifie tout simplement que c'est la culture qui donne un sens à la maladie. Les individus dans leurs cultures établissent des rapports entre la santé, l'individu lui-même et son environnement. La maladie naît de la rupture de l'harmonie de l'individu avec son corps, avec son environnement et avec son groupe culturel. Les communautés développent des thérapies pour résoudre leur problème de santé. La maladie est également perçue comme un modèle explicatif. Les communautés culturelles s'expliquent la maladie et lui attribuent autant de causes que de thérapies en fonction des sensibilités culturelles.

De plus, la littérature non anthropologique autour de l'onchocercose, c'est-à-dire les travaux des auteurs sur celle-ci et les autres maladies tropicales tournent essentiellement sur les aspects biologiques, cliniques et l'impact social de la maladie en termes de statistiques, de prévalence et de mobilisation des organisations et des actions de lutte, des stratégies humanitaires, l'engagement de la communauté médicale internationale pour combattre ou pour éliminer cette maladie à travers l'histoire. Notre approche sur l'onchocercose est tout à fait différente ou alors tranche nette avec ces approches linéaires qui suivent le modèle de la découverte de la maladie-explication des signes cliniques, du médicament-administration des soins. Sans nous inscrire en faux à tout ce qui est dit dans les documents et travaux scientifiques abordés dans cette littérature, nous cherchons à comprendre les raisons et les facteurs qui expliqueraient la persistance des pathologies tropicales telles que l'onchocercose malgré les stratégies de lutte renouvelées au fil des années, constatées dans la littérature ainsi présentée.

Les différentes thématiques abordées dans cette revue de la littérature ne sont pas toujours en relation directe avec la persistance des pathologies tropicales et culturelles ou alors à des pathologies ayant acquis une certaine notoriété culturelle du fait de leur existence permanente d'avec le quotidien des populations, mais elles permettent de prendre la distance scientifique nécessaire par rapport à nos objectifs scientifiques. Il était surtout question dans cet examen documentaire, d'explorer les connaissances et les résultats des travaux scientifiques abordés à

travers concepts, notions et thématiques, mais aussi de les lire et d'explorer avec intérêt les différents documents et d'en faire des éléments de repère ou des théories qui permettent de voir autrement ce qui est vu et appréhendé différemment par tous les regards. Grawitz, M. (1986 : 359), dit d'ailleurs que « *La tâche n'est pas de contempler ce que nul n'a pas encore contemplé, mais de méditer comme personne n'a encore médité sur ce que tout le monde a devant les yeux* ». Dès lors, ces précédentes recherches sur l'onchocercose constituent un substrat théorique, une base de connaissance qui permettent non seulement de voir différemment le rapport entre la culture et la maladie, la culture et les stratégies de lutte contre les endémies qui se développent et dont les perceptions et les représentations varient d'un groupe culturel à un autre, mais, de situer notre étude dans les sentiers de l'anthropologie à partir d'un ensemble de concepts dont la définition opérationnelle permet de marquer la distance et de situer l'étude de l'onchocercose comme pathologies tropicale et culturelles qu'il convient de saisir dans le contexte culturel d'étude afin de l'analyser au contour de ses sens.

2.3. Définition des concepts

Définir les concepts revient à les expliquer, les rendre intelligibles et accessibles dans le sens voulu par la réalité qu'ils permettent d'élucider. C'est également leur permettre de rendre compte d'une réalité endossée à un contexte afin que l'on sache avec exactitude de quoi l'on traite lorsqu'on fait intervenir tel ou tel concept. Les concepts ont non seulement un sens construit dans un univers scientifique particulier, mais aussi ils rendent compte différemment selon que l'on soit dans un contexte culturel X ou Y. Il demeure donc une nécessité scientifique de les définir dans l'ensemble de ses contours, c'est-à-dire du point de vue de sa définition usuelle, du point de vue de l'usage fait dans un univers scientifique et du point de vue du chercheur selon ce qu'il cherche à exprimer lorsqu'il utilise tel ou tel concept. Dans nos précédents travaux, (2015), nous avons souligné que, parce que les mots ne transmettent pas toujours avec exactitude l'état de conscience que nous vivons ; parce que la conception que l'on a d'un objet ou d'un mot permet de comprendre l'usage qu'on en fait dans un contexte particulier; parce que la définition que l'on se fait d'un concept, d'un élément culturel influe sur le comportement et les attitudes que l'on adopte face à cette réalité ; parce que les manières de faire dépendent des manières de penser, alors, le chercheur doit, suivant le conseil de Durkheim, E. (1891), définir les choses dont il traite, afin que l'on sache exactement de quoi il est question, afin que l'on sache de quoi il traite lorsqu'il utilise ces mots, ces concepts pour exprimer sa réalité. Le caractère holistique de l'approche anthropologique amène le chercheur à donner le sens un peu plus global des choses, tout en essayant de les

contextualiser ou de les rendre plus proches du sens conçu, voulu ou perçu par le chercheur lorsqu'il veut rendre compte d'un phénomène culturel qu'il met en étude. Un ensemble de concepts constituent donc les éléments de base de cette étude et il est important de les définir afin de faciliter l'intelligibilité de ce travail.

- **Pratiques culturelles**

Est culturel tout ce qui se rapporte à la culture. Du point de vue de l'anthropologie, le culturel se rapporte au mode de vie des groupes. Le mot 'Pratiques', fait référence aux activités, perceptions, comportements et autres formes de penser et d'agir qui qualifient un groupe et ce dernier n'étant particulier, distinct et singulier que par sa culture. Le terme culture sur un sens anthropologique renvoie au mode de vie d'un groupe, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques quotidiennes, des manières de faire et d'agir, mises en œuvre par un groupe pour résoudre ses problèmes. Guy Rocher (1992), parlant de la culture, évoque un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées, qui sont apprises et partagées par plusieurs personnes voire un groupe. Pour E. B. Tylor (1871), la culture est un ensemble complexe qui englobe les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes, et par élargissement la santé, l'économie et toute autre aptitude et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'un groupe. Le terme *pratique culturelle* est donc utilisé dans cette thèse pour faire référence à tout cet ensemble d'éléments et activités culturelles évoqués. Les pratiques culturelles chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam, ont ainsi une influence sur la santé des populations et sur la persistance de l'onchocercose.

- **Persistance**

Le concept de « *persistance* » est un mot dérivé de chronique. Dans le champ de la santé, le terme chronique se dit des maladies dont l'effet persiste. Du grec *kronos* qui veut dire « Temps », l'adjectif « chronique » est donc utilisé pour qualifier les maladies dont les souffrances sont persistantes dans le temps en termes de durée. La spécificité de ces maladies est qu'elles ne répondent généralement que très peu aux traitements administrés. Le malade ou la société malade peut donc vivre avec la maladie pendant une période de temps indéterminée. La maladie est donc dite chronique lorsqu'elle persiste dans le temps. Cependant, sous l'effet de certains facteurs (environnementaux, culturels, etc.) qui peuvent être liés à l'observance thérapeutique, le contexte social et culturel, le niveau économique, certaines maladies deviennent chroniques. On peut donc dire que ces facteurs entraînent la persistance d'une maladie qui au départ ne semble pas l'être. La persistance est vue comme étant un processus par lequel une maladie curable passe à l'état de la maladie chronique c'est-à-dire persistante

dans le temps. La persistance également renvoi à un processus, celui par lequel les populations, par leurs cultures et les pratiques quotidiennes, parviennent à intégrer la maladie dans les manières de faire et d'agir au quotidien.

Le terme persistance est donc utilisé dans le cadre de cette thèse pour montrer comment les pratiques culturelles contribuent à rendre chronique, c'est-à-dire persistante dans un temps devenu indéterminé, une maladie qui peut guérir plus rapidement sans que l'on n'en garde des séquelles. Il permet simplement d'exprimer le caractère résistant et permanent de l'onchocercose en général chez les Bamoun en particulier.

- **Pathologies Tropicales**

Pour définir le groupe de mot '*pathologies tropicales*', il convient d'abord de prendre chacun de ces termes individuellement. Le terme « Pathologie » désigne l'ensemble des manifestations d'une maladie et des effets morbides qu'elle entraîne. Elle désigne également un groupe de maladies dont les manifestations morbides peuvent se rapprocher. Dans le langage commun, ce terme est le plus souvent assimilé au terme maladie. Quant au terme *tropical*, c'est un nom qui indique une situation ou une position géographique à l'échelle du globe terrestre. Il indique des régions du globe terrestre situées entre les tropiques. Ces régions sont caractérisées par une géographie et une végétation spécifique avec un climat marqué par une alternance entre les saisons sèches et les saisons pluvieuses. Le couvert végétal avec son climat particulier rend cette zone favorable à des pathologies qui n'existent pour la plupart que dans cette partie du globe terrestre. Le groupe de mot *pathologies tropicales* est donc utilisé ici pour désigner un ensemble de manifestations morbides que l'on ne retrouve qu'en zones tropicales.

- **Maladies culturelles**

Avant de définir ou de décrire ce que nous appelons maladies culturelles, il convient de définir ce que c'est que la maladie. La maladie est définie comme un phénomène de trouble de l'organisme. Ses causes peuvent être endogènes ou exogènes avec des perceptions diverses et culturellement relatives. Chaque situation pathologique donne lieu à plusieurs interprétations. Au départ la maladie est individuelle, c'est-à-dire vécue par une personne qui vit dans un milieu particulier, milieu qui lui attribue plusieurs formes explicatives. Elle a donc un impact sur le mode de vie du malade, sa famille, son entourage et par extension sur l'environnement et la culture.

Par opposition à la santé, la maladie est un état de mal être manifeste et perceptible par l'individu, son groupe culturel et la société. C'est un état de trouble du corps, de l'âme et de l'esprit. Que ces troubles soient physiques, physiologiques, mentaux ou symboliques, ils entraînent le corps dans un état d'instabilité et d'irrégularité. Ils sont la manifestation d'un fonctionnement affaibli des organes ou des éléments constitutifs du corps humain. La maladie est un état de mal être. C'est un état de désordre ou de dysfonction des organes du corps individuel, du corps social ou du corps culturel et ce dans la mesure où Kleinman, A. (1980) le définit comme vécue et pensée par l'individu, signifiée par le groupe culturel, interprétée et traitée par les thérapeutes. C'est un événement susceptible de mettre fin à la vie. Mbonji Edjenguèlè, (2009 : 84) souligne d'ailleurs que « *toute maladie est menace pour la vie* ».

Selon les réalités et les modes de vie, chaque civilisation à son propre milieu culturel et la maladie est une constance humaine. Chaque groupe culturel, chaque société a sa perception de la maladie et par voie de conséquence lui donne une définition particulière en fonction des causes ou de ses manifestations ou encore des dispositions culturelles qui tendent à l'expliquer. Quel que soit le groupe culturel, santé et maladie, individu et société sont liés par des liens ontologiques divers et indissociables de la réalité écologique et culturelle. La santé et la maladie se présentent alors comme un mode d'interprétation de la société mais aussi comme un moyen permettant d'apprécier le rapport entre l'individu, son groupe culturel et la société dans laquelle il évolue (Herry, K. 2001). Dans le système nosologique chinois par exemple, la maladie est perçue comme une distorsion des énergies positives (*Yan*) et négatives (*Yin*), qui en situation d'équilibre, circulent dans le corps humain et alimentent à leur passage les organes et les articulations. Ainsi la maladie survient lorsqu'il y a déséquilibre entre ces deux énergies (Nsangou, M. M., 2015). Cette image de la définition nosologique chinoise de la maladie peut se rapporter à l'environnement culturel ou écologique des individus. Dans ce cas la maladie ou la santé tiendra compte du bon ou du mauvais rapport entre l'individu et son environnement naturel.

La maladie se définit aussi en fonction de la triple relation entre santé-individu-groupe culturel, c'est-à-dire qu'il existe un lien entre la santé, l'individu et son groupe culturel. Dès lors, la maladie peut être liée à un désaccord ou à la rupture des rapports ontologiques et symboliques entre les trois entités que sont la santé, l'individu et son groupe d'appartenance. Dans cette logique, Saw, I., (1978), Auge, M., (1984), Mbonji Edjenguèlè, (2009), inscrivent la maladie dans une perspective d'opposition ou de réfraction, dans le réseau de relations qu'entretiennent l'individu avec son corps individuel, le corps culturel et spirituel. Ils

définissent respectivement la maladie comme « *un rappel au resserrement des liens* », « *un rappel à l'ordre* », une « transgression des lois humaines, sociales et cosmiques ». (Nsangou, M. M. 2015).

La maladie peut également se définir en fonction de ses causes, de ses manifestations, des perceptions et des représentations que l'on peut avoir d'elle. C'est le cas de Foster, G., Anderson, B., (1978), Young, A., (1982), Auge, M., (1984), Laplantine, F., (1992), qui définissent la maladie en se fondant sur l'étiologie, les causes et les systèmes de représentations étiologiques. La maladie peut ainsi avoir des causes :

- Naturelles, internes ou fonctionnelles, c'est-à-dire qu'elle peut être causée naturellement par un déséquilibre organique interne au corps physique ; ce déséquilibre fonctionnel des organes provoque de véritables affections conduisant à un état morbide et de mal être ;
- Exogènes, externes ou personnalistes : c'est-à-dire qu'elle est causée par des agents extérieurs au corps physique et physiologique de l'individu, d'un agent pathogène qui, mis en contact, apporte des déséquilibres physiologiques, conduisant ainsi au mal-être. Elle peut également être due à un agissement mystique ou magique d'un individu qui s'emploie à transmettre le mal. Elle peut enfin être due au mode de vie et au type de relation que l'individu entretient avec l'environnement naturel. (Nsangou, M. M., 2015).

Toutes ces définitions de la maladie sont tout aussi possibles pour les maladies tropicales et l'onchocercose et nous cherchons à comprendre les contours pour identifier et ouvrir des brèches pour des approches plus efficaces dans la lutte contre cette dernière dont les activités de lutte font déjà une éternité en termes de durée d'activité.

Si l'on se réfère à la définition que donne Tylor E. B. à la culture en 1871 (*La « culture (...) est ce tout complexe qui inclut les connaissances, les croyances, l'art, la morale, les lois, les coutumes et autres dispositions et habitudes acquises par l'homme en tant que membre d'une société*), la maladie est un phénomène culturel, c'est-à-dire qu'elle fait partie du mode de vie ou alors du quotidien des individus dans leur groupe culturel. Elle est pensée et connue dans un groupe culturel et intègre ainsi toutes les activités de la vie et fait partie du quotidien. De ce point de vue, elle est connue, vécue par le groupe culturel et les solutions thérapeutiques sont également initiées dans la culture. Cependant, il existe des maladies qui sont particulières et existent uniquement dans des groupes culturels particuliers. Parler donc de maladies

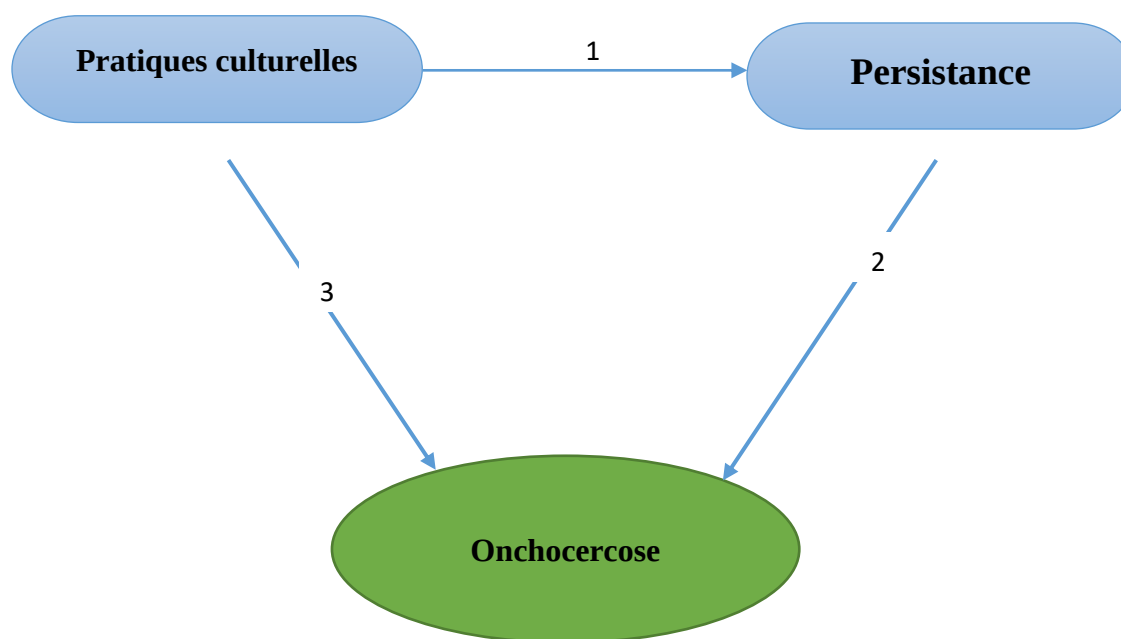
culturelles renvoie à ces catégories morbides qui sont connues et intègrent le mode de vie des groupes et des cultures particulières, ces groupes ayant intégré la maladie dans leur mode de vie, c'est-à-dire leurs activités quotidiennes. Le culturel s'oppose au naturel et relève de ce qui est pensé, conçu et vécu par l'homme ; C'est donc l'exemple de l'onchocercose qui est connue, vécue et pensée par des individus appartenant à des groupes culturels particuliers vivant dans des régions particulières avec des cultures spécifiques. C'est dans cet ordre d'idée que nous parlons de maladies culturelles.

- **Onchocercose**

Elle fait partie des 17 maladies tropicales répertoriées au Cameroun. C'est une infection parasitaire qui se manifeste par des lésions cutanées et dont la complication entraîne la perte de la vue lorsque les microfilaires migrent vers l'œil. Selon Leukart (1893), cité par Gilles, A. (2006 : 12), C'est une filariose cutanéodermique causée par un vers nématode *onchocerca volvulus* dont l'homme serait le seul réservoir selon Barro, S.A. (2006). Ce filaire vivipare émet des microfilaires qui envahissent le derme (et ont des formes nodulaires sous cutanées) et les tissus oculaires. Ils sont alors à la base des manifestations cutanées et oculaires de la maladie qui sont souvent caractérisées par d'intenses démangeaisons et la dépigmentation de la peau de la personne infectée. Le parasite est transmis à l'homme par la pique d'une simule chez laquelle s'effectue un cycle de développement obligatoire. Les simules sont de petites mouches noires bossues du genre *simulium* (*diptera simulidae*), dont les larves se développent dans les eaux courantes. L'onchocercose est donc essentiellement concentrée en foyers le long des cours d'eau, d'où son autre appellation cécité des rivières.

Les différentes notions et concepts ainsi définis, représentent l'ensemble des variables dépendantes et indépendantes, constituent le nœud de cette recherche. Les variables indépendantes expliquent la variable dépendante et font ressortir les facteurs qui rendent compte du phénomène social en étude qu'est l'onchocercose du grand groupe de Maladies Tropicales négligées. Le schéma suivant montre les différentes relations entre les concepts clés de ce travail de recherche.

2.3.1. Schéma Conceptuel



Ce schéma montre la relation entre les variables. La variable dépendante étant l'onchocercose, une maladie du grand groupe de MTN, est influencée par les variables indépendantes qui sont les pratiques culturelles et le processus par lequel la maladie est rendue chronique ou persistante.

De manière plus explicite, selon la partie supérieure du schéma, on peut lire selon le sens de la flèche 1 que les pratiques culturelles sont les facteurs explicatifs de la persistance qui expliquent la persistance de l'onchocercose (flèche 2). Du côté droit du schéma, de la partie supérieure vers la partie inférieure, la flèche 3 indique l'influence des pratiques culturelles sur les maladies tropicales et l'onchocercose.

2.4. Cadre Théorique

Le champ de l'anthropologie dispose d'une grille théorique importante que l'on peut regrouper selon les spécialités de la discipline. Dans la spécialisation de l'anthropologie médicale, celle dans laquelle s'inscrit cette thèse, plusieurs auteurs ont travaillé à développer des théories qui tentent d'expliquer le phénomène de santé et de maladie en les rapportant à la culture vue comme mode de vie des communautés. Il est question dans cette partie de présenter les théories sélectionnées sur la base des orientations qu'ont prises les données ethnographiques de cette recherche. Ces théories vont ainsi permettre de construire le cadre théorique avec lequel nous saisissons la réalité de la persistance de l'onchocercose vue comme maladie culturelle. Bien entendu, le cadre théorique, comme le précise Mbonji Edjenguèlè, (2005) est un construit

qui permet au chercheur d'intégrer son problème dans les préoccupations d'un champ de recherche. Il dit à ce sujet :

C'est l'appropriation maîtrisée du champ théorique, le maniement des concepts d'une science pour signifier une internalisation habilitant à analyser les éléments du problème posé et faire avancer la connaissance dans le champ concerné. [...] à l'image d'un espace limité et limitatif, le cadre théorique est choix d'un concept ou de concepts dans une spécialisation, à l'intérieur et/ou à l'extérieur d'une science, choix assurant une lecture cohérente de l'objet d'étude et plaçant des jalons de conduite d'une analyse (2005 : 15).

Il sera ainsi question de présenter ces théories sélectionnées, tout en faisant ressortir les éléments ou les concepts retenus pour rendre compte de la réalité exprimée par les données collectées, et par ricochet à la problématique de la persistance de l'onchocercose qui désormais prend corps avec les pratiques culturelles locales. Il s'agit donc de la théorie ou l'approche culturelle interprétative, de l'ethnométhodologie et de l'approche écologique en anthropologie médicale.

2.4.1. Approche culturelle interprétative

L'approche culturelle interprétative est une approche théorique de l'anthropologie médicale qui soutient que la maladie est une composante des réalités sociales et culturelles. La maladie appartient à la culture qui lui donne sens et signification. Cette approche a été développée en réaction à la domination de la théorie écologique qui soutient que la maladie est un élément extérieur à l'individu. Elle soutient alors que la maladie et le malade appartiennent à un groupe culturel fondé sur des normes et pratiques symboliques qui définissent et orientent les pensées et les actions thérapeutiques. En réalité, le patient, influencé par sa culture, exprime sa maladie pendant que son entourage apporte une interprétation sur les manifestations, les soins thérapeutiques et le discours des thérapeutes. Le postulat de cette théorie est d'ailleurs, comme le précise Mbonji Edjenguèlè (2009), que la maladie « *fait partie de la culture qui la définit, la construit ; elle est vécue et perçue par le patient, le traitant et l'entourage comme un système d'interactions symboliques* » (2009 : 99). L'intérêt des tenants de cette approche théorique est donc fondé sur ces trois réalités que sont le malade, son entourage et le thérapeute. Mbonji Edjenguèlè., (2009) dans ce sens lorsqu'il explique l'idée soutenue par cette théorie selon ses fondateurs, Il précise alors que « *Pour les tenants de cette approche, il s'agit de s'intéresser à la parole du patient, à celle de son entourage et des thérapeutes* » (2009 : 99). Ainsi, la maladie selon cette approche est connue par le patient, son entourage et le thérapeute. Par ailleurs, il faut dire que ce courant de pensée a été influencé par les travaux de Arthur Kleinman en 1970 considéré comme l'une des figures importantes dans la construction du champ théorique en

anthropologie médicale. Byron Good dans les années 1990 est également identifié comme une figure marquante de cette théorie.

Arthur Kleinman fut le premier à introduire dans le champ de l'anthropologie médicale, une distinction entre les termes anglais *illness*, et *disease*. *Disease* qui renvoie aux états pathologiques et aux anormalités sur la structure ou la fonction des organes du système organique. En réalité, il s'agit ici de la maladie identifiée par l'expert de biomédecine. Le *Illness*, quant à lui, désigne les perceptions et le vécu individuels de la maladie. Il porte particulièrement sur l'expérience individuelle et le sens que le patient ou l'individu donne à sa maladie. (Carbonelle, S., 2006). Par ailleurs, la maladie est saisie par la communauté, l'entourage du malade qui influence sur la prise en charge, le choix thérapeutique et les itinéraires de soins thérapeutiques empruntés par le malade en quête de soins. À ce moment on parle de *sickness* pour ainsi exprimer la prise en compte de la maladie par l'entourage et la communauté du malade.

Byron Good, élabore quant à lui, les trois paradigmes explicatifs de la maladie et développe des hypothèses selon lesquelles, la maladie n'est pas une entité mais plutôt un modèle explicatif. En son sens, la culture n'est pas le seul moyen de se représenter la maladie mais participe à sa construction en tant que réalité humaine. Le rapport entre la culture et la santé est ainsi placé au centre des analyses. L'idée soutenue par cet auteur est comme le souligne Carbonnel S. 2006, que la maladie a son fonctionnement dans l'ordre de sens de la compréhension humaine, elle est constituée par un acte interprétatif et ne peut dès lors être saisie que par lui. La maladie n'est pas considérée comme une entité mais plutôt comme un objet culturel et une expérience vécue par le malade, la société et les thérapeutes. Les paradigmes explicatifs de la maladie développée par l'auteur s'inscrivent dans la logique de l'explication, de signification et de connaissance de la maladie. Ils sont les suivants ;

- le paradigme cognitif : il exprime une certaine connaissance de la maladie par l'individu, la société et le soignant ;
- le paradigme empirique qui exprime le fait que la maladie soit d'abord un vécu individuel ou groupale ; chaque individu, chaque groupe culturel a sa perception de la maladie qu'il expérimente et lui donne des explications subjectives ;
- le paradigme de sens : en effet les manifestations pathologiques trouvent sens et signification au sein des groupes sociaux et culturels. C'est la société qui donne un sens et une signification à la maladie à travers l'explication des causes et des fonctions de celle-ci.

Cette approche se développe donc autour de la subjectivité ou d'une explication subjective de la maladie, subjectivité individuelle, subjectivité du groupe qui explique et signifie la maladie dans le groupe. Kleinman A., en se fondant sur les récits de la maladie, cherche à comprendre comment l'expérience intime est mis au sens et ordonné à travers le récit du malade. Byron Good s'est concentré sur le réseau sémantique de la maladie fondé sur la signification culturelle de la maladie. (Carbonelle, S., 2006). Dans cette perspective, Mbonji Edjenguèlè (2009) précise que le malade se fait une idée de sa maladie qu'il exprime en termes de cause, de symptômes et aussi une idée du traitement approprié ; le même discours est construit par l'entourage qui influence la démarche de soins adoptés. L'auteur déclare à ce propos :

Avant et pendant l'anamnèse, le patient élabore une théorie de sa maladie, c'est à dire l'exprime à travers des mots à lui, évoque l'étiologie, les symptômes et le traitement approprié. Pendant ce temps, son entourage construit également un discours, échange avec le corps médical, s'informe par-ci par-là, influence l'itinéraire thérapeutique. (2009 : 99).

En définitive, pour l'approche culturelle interprétative, la maladie est un élément de la culture. Elle trouve sens et signification à l'intérieur des schémas cognitifs, symboliques et interprétatifs propre à un groupe culturel. Elle a donc une implication certaine dans l'explication de la persistance de l'onchocercose dans les communautés culturelles de Kouoptamo, Fosset et Masangam.

2.4.1.0. Implications de l'approche culturelle interprétative

L'approche culturelle interprétative est impliquée dans l'interprétation des données de cette étude en ce sens qu'elle permet de montrer l'ancrage de l'onchocercose et les explications culturelles ainsi que les constructions, le sens et la signification culturellement perçus de la maladie et des activités de lutte contre la maladie dans la communauté culturelle concernée. Les populations vivant dans l'espace culturel bamoun, dans leurs mentalités culturelles, ont des explications subjectives de la maladie de par leur vécu et leurs expériences de la maladie, des activités de santé publique autour de la maladie et les explications communautaires de la maladie, ses causes et l'utilisation des médicaments pour la prévention à l'instar de l'Ivermectine encore appelée Mectizan. En plus de l'explication globale de la maladie et des activités de santé publique par la culture de façon globale, le paradigme empirique développé par Byron Good sera ainsi utilisé pour rendre compte des perceptions et des explications

subjectives de l'onchocercose, l'expérience de la maladie et des usages des médicaments distribués pour la prévention et la thérapie de la maladie.

2.4.2. Ethnométhodologie

L'ethnométhodologie s'est développée dans les années 1950 aux États Unis. Le terme ethnométhodologie a été utilisé pour la première fois par Harold Garfinkel en 1954. Ce courant théorique rame à contre-courant de la sociologie dominante de l'époque. Elle s'oppose particulièrement au structuro-fonctionnalisme de Parsons qui fonde ses explications de la réalité sociale à partir des données quantitatives sur lesquelles il dégage les attitudes, les préférences, les valeurs et les normes sociales. (Ogien, A. 2015). C'est donc une théorie issue du courant interactionniste de l'école de sociologie américaine. Par ethnométhodologie, il faut entendre la méthode des groupes sociaux. En effet, selon la composition étymologique du mot, il est composé de *Ethno*, *méthod*, et *logie*. Le premier fragment *Ethno* se réfère au groupe culturel ou social particulier, le second *Méthod*, désigne la méthode et le fragment *logie* fait référence à la science, à l'étude et la description des pratiques de ces méthodes dans les groupes. De par ces explications, l'ethnométhodologie apparaît comme la science des méthodes des groupes socioculturels particuliers. Selon Garfinkel (1963), l'ethnométhodologie vise à comprendre les méthodes ou les moyens par lesquels les individus dans un contexte donné sont capables de construire, négocier et s'entendre sur la réalité. L'ethnométhodologie se focalise fondamentalement sur les phénomènes de production des choses les plus ordinaires de la vie socioculturelle au niveau local et endogène. Cette théorie soutient donc ainsi que les réalités sociales se construisent au quotidien dans le cadre des interactions sociales, autrement dit, les individus construisent leur mode de vie et meublent leur environnement culturel à travers des actions de tous les jours. En effet, Garfinkel, H., utilise le concept d'ethnométhodologie pour comprendre et classer les raisonnements et les pratiques quotidiennes des individus comme le fondement de toute activité humaine. (Abouna, P. 2009). Principalement fondée sur la notion d'ethno-méthode, la théorie de Garfinkel, H. considère l'ordre social comme des accomplissements méthodiques des acteurs et montre qu'une activité humaine n'est pas séparable des conditions pratiques qui lui ont permis de se faire. Les réalisations des acteurs sociaux ne peuvent mieux s'expliquer qu'en référence au contexte dans lesquelles elles sont produites. C'est dans le même sens que Mbonji Edjenguèlè., (2005) se situe lorsqu'il soutient que l'ethnométhodologie est

Une orientation méthodologique qui traite les activités pratiques, les circonstances pratiques et le raisonnement sociologique pratique, comme objet des études empiriques.

Elle cherche les méthodes que les individus utilisent pour donner sens et en même temps accomplir leurs actions de tous les jours (2005 : 25)

De par la formation étymologique du mot que nous avons déjà présentée, la théorie de l'ethnométhodologie désigne ainsi les méthodes de groupe, la façon dont les groupes sociaux ou les groupes culturels développent de par leur subjectivité, des méthodes pour répondre à leurs préoccupations quotidiennes. C'est donc une approche théorique fondée sur le caractère ingénieux de l'esprit humain à pouvoir créer ou imaginer des solutions pratiques aux problèmes à partir du « sens commun ». Dans le même sens, les membres des groupes culturels, de par leur expérience des réalités de leur environnement, parviennent à développer des stratégies qui leur permettent de s'adapter et de résoudre les problèmes spécifiques dans leur milieu de vie. Selon Garfinkel, H, rapporté par Mbonji Edjenguèlè (2005).

Dans la vie de tous les jours, les membres de tout groupe ont des méthodes ordinaires pour définir leur situation, coordonner leurs activités, prendre des décisions (...) l'ethnométhodologie (...) est cette orientation méthodologique qui traite les activités pratiques, les circonstances pratiques et le raisonnement sociologique pratique, comme des objets d'étude empirique. (2005 : 24-25).

Bien plus, l'ethnométhodologie place et signifie les éléments culturels, les constructions individuelles et les pratiques sociales dans leurs contextes de production et d'application. Garfinkel H. a construit sa théorie autour des concepts qui se rapportent quelquefois à d'autres disciplines scientifiques connues. Il s'agit de l'indexicalité tiré de la linguistique, la notion de membre tirée du structuro-fonctionnalisme de Parsons, T., la réflexivité tirée de la phénoménologie. Le sens partagé, la notion de membre, les ethnométhodes, le sens négocié, les allants de soi, la réflexibilité, des termes sont également tirés du langage courant que Garfinkel modifie le sens. Il s'agit des concepts de pratique ou d'accomplissement (Coulon, A., 2007). Plusieurs auteurs ont également contribué au développement de la théorie en y apportant des concepts et des notions complémentaires au fil des années. Nous présentons ici quelques-uns de ces concepts qui ont permis de construire cette théorie sociologique que nous empruntons en anthropologie pour donner sens aux phénomènes culturels développés dans des contextes particuliers et dont certaines notions de cette théorie permettent d'en rendre compte avec beaucoup d'aisance.

- **Indexicalité**

Ce concept fait partie des concepts clés de l'ethnométhodologie. Selon Garfinkel (1967), ce concept dérive du concept indexical qui apparaît dans la philosophie du langage ordinaire. Dans le langage ordinaire, les énoncés sont considérés comme indexicaux dans la mesure où le

sens de ces énoncés est relatif au contexte dans lequel il est utilisé. L'ethnométhodologie emprunte cette notion pour rendre compte de la nécessité qu'il y a à comprendre les échanges au sein d'interaction, de les indexer ou de les endosser à des situations locales qui les ont produites. La notion d'indexicalité exprime donc l'idée selon laquelle le sens de toute chose est attaché à son contexte. De façon simple, le principe d'indexicalité dans l'ethnométhodologie stipule que les productions socioculturelles n'ont de sens que dans leur contexte et situation de production.

- **Réflexivité**

La réflexivité est une notion précise mais délicate à manier car elle peut vite se confondre avec l'indexicalité. Contrairement à l'indexicalité, la réflexivité est un phénomène observable dans le comportement. Cela influence la façon dont les gens interprètent les signes qu'il a observés pour construire le sens. Un même événement donne lieu à une compréhension toujours différente car chacun opère à partir de sa propre expérience. L'indexicalité du sens ne vient pas d'elle-même. L'interprétation de ces signes relève de la réflexivité dans la mesure où l'individu qui lit le graffiti et s'interroge sur sa signification n'obtiendra pas le même résultat au regard de sa culture. Les ethnométhodologues évoquent fréquemment la file d'attente comme exemple de ce qu'est la réflexivité : une file d'attente existe parce que les individus participent, parce qu'ils se sont tous reconnus comme tels. Le phénomène culturel existe parce que la réflexivité de chacun dit dans son existence. Cependant, cette perception commune de la file d'attente ne signifie pas que chacun a une image différente de la même file d'attente. Certains par exemple seront reconnaissants d'une telle discipline dans la file d'attente, d'autres prendront la chose comme une contrainte à la liberté individuelle, tandis que d'autres regretteront de ne pouvoir avancer de quelque place sans se faire remarquer.

- **Notion de membre**

Comme la notion d'indexicalité, la notion de membre fait partie des notions clés de la théorie de l'ethnométhodologie et remplace des termes comme « position statutaire » ou « rôle » dans les théories structurelles. La notion de membre est tout aussi une notion d'importance fondamentale dans la construction de la théorie de l'ethnométhodologie. La théorie s'intéresse à des groupes culturels regroupés comme village et relève l'importance d'être membre du groupe ou du village et avoir vécu et interprété les phénomènes culturels du groupe dans un esprit de perception commune à celui du groupe entier. Il se pose donc comme impératif, la question d'étudier des phénomènes vécus, observables et que chaque membre du groupe peut en rendre compte, la raconter telle qu'elle est vécue. D'un point de vue structurel,

un acteur individuel est examiné en fonction de ses caractéristiques structurelles (sexe, âge, ethnicité, classe) et est supposé se comporter conformément à ces caractéristiques structurelles. La subjectivité de l'acteur est ici insignifiante. L'ethnométhodologie, quant à elle, tente de mettre en évidence la subjectivité de l'acteur individuel et a donc besoin d'identifier la personne d'une manière qui reconnaît ses connaissances, ses compétences, son engagement ou sa capacité à faire sens dans un groupe culturel pris comme un village. Selon Coulon A. (2007), est membre d'un village, celui qui se comporte et adopte les ethno-méthodes communes à l'ensemble du village, ainsi que les allants de soi.

- **Ethno-méthode**

Ce terme est au fondement de l'ethnométhodologie. Il fait référence aux processus que les membres d'un groupe utilisent pour mener des actions pratiques. Ces actions pratiques sont comprises comme des méthodes quotidiennes, des actions banales que les membres de la communauté appliquent en commun dans la perspective de résolution des difficultés quotidiennes. Les membres de groupe partagent des situations communes et les solutions adaptatives sont également partagées et appliquées pour faire face à la difficulté contextuelle quotidienne. Les méthodes développées n'existent qu'au niveau local et partagé au sein du groupe culturel d'étude.

Les populations des espaces culturels étudiés partagent un mode de vie à l'intérieur duquel existe plusieurs éléments qui lui permet de se constituer en tant que culture. Au sens de Tylors, E.B., (1871), la culture étant un tout, ces populations connaissent la maladie et la santé comme des éléments de leur environnement culturel et certainement développent des stratégies pour s'en prévenir ou s'en débarrasser. Elles développent également des stratégies face aux actions de santé communautaires qui intègrent de nouveaux éléments dans leur mode de vie. L'ethnométhodologie trouve donc son implication dans l'explication de la persistance de l'onchocercose dans les communautés culturelles de Kouoptamo, Fosset et Massangam.

2.4.2.0. Éléments de l'ethnométhodologie choisis pour exprimer la réalité étudiée

Les implications de l'ethnométhodologie dans l'interprétation des données de cette thèse peuvent s'expliquer par l'usage de notions à savoir l'indexicalité et l'ethno-méthode. Ces notions vont permettre de rendre compte des pratiques quotidiennes issues du sens commun développées autour du phénomène de l'onchocercose et relatives au contexte socioculturel bamoun. La notion d'Ethno-méthode sera par exemple ainsi utilisée pour montrer les méthodes développées localement autour du Mectizan et partagées dans l'ensemble du contexte culturel

bamoun pour répondre à des besoins sociaux du quotidien. La notion d'indexicalité quant à elle, va permettre de rendre compte de l'existence de certaines pratiques d'usages du Mectizan exclusives au même contexte culturel.

2.4.3. Approche écologique en anthropologie médicale

En Anthropologie médicale, l'approche écologique est principalement développée par Ann Mc Elroy et Patricia K. Townsend. Cette théorie est basée sur la notion d'adaptation. Le principal postulat de cette approche est que dans chaque milieu écologique, il existe des phénomènes de maladie et de santé qui se rapportent au milieu et l'adaptation est le principe par excellence de la cohabitation entre les groupes culturels et leur milieu écologique. Pour les tenants de cette approche, l'eau, la flore, la faune, l'air, la nourriture, le sol, le travail et les lieux de leur exécution, sont autant de milieux d'exposition à des contaminations chimiques, parasitaires et microbiologiques, avec des effets avérés sur la santé humaine. Chez Susanne C., 2004, l'approche écologique en anthropologie considère la biologie humaine comme intimement liée à la culture humaine de telle sorte que l'étude des seuls facteurs sociaux de la maladie ou de la santé ne peut plus se justifier. Elle déclare d'ailleurs que

l'adaptabilité humaine n'est autre que l'intégration de l'ensemble de ces facteurs, [...] l'adaptation de l'homme n'est le plus souvent, pas uniquement la seule réponse aux effets environnementaux, souvent la culture attire la pression environnementale.
(Susanne, C., 2004 : 12).

On comprend dès lors que les facteurs culturels interviennent dans les spécialités aussi variées que la santé, aussi bien pour les maladies infectieuses, parasitaires ou non transmissibles.

La survie des populations dépend donc de leur capacité d'adaptation au milieu écologique. En effet, l'approche écologique en anthropologie se base sur les interactions entre les groupes et les environnements physiques ou sociaux. Ces interactions se soldant par le développement des pratiques culturelles d'adaptation au milieu. L'interaction quotidienne produit ainsi des influences aussi bien par l'homme sur l'environnement mais aussi par l'environnement sur l'homme. Sur le plan sanitaire, l'influence de l'environnement aura donc des impacts visibles à court ou à moyen termes sur les communautés dont l'activité culturelle et sociale du quotidien se passe dans cet environnement qui les expose et expose leur santé. Le bien être sanitaire des populations est donc fonction de la qualité de l'environnement et des différents facteurs environnementaux extérieurs qui agissent sur l'homme. Les activités culturelles du quotidien étant les moments d'interaction avec l'environnement, exposent ainsi la communauté aux agents environnementaux qui peuvent être sources de maladie.

2.4.3.0. Utilisation de l'approche écologique pour expliquer la persistance de l'onchocercose dans les milieux écologiques étudiés

Dans le cadre de cette étude, l'approche écologique est convoquée pour montrer comment les communautés sont victimes de leur environnement qui les expose en permanence aux piqures des vecteurs de la maladie et conséquemment de l'onchocercose. La population vivant dans leur environnement en permanence fait face de façon permanente aux vecteurs qui ont un cycle de vie continu.

Conclusion

Ce chapitre portait sur trois points essentiels : la revue de la littérature, la définition des concepts et le cadre théorique. La première partie a donc été consacrée à la présentation des données secondaires issues des éléments de la littérature disponible sur le sujet et sur les thématiques dont les préoccupations entrent en phase avec la thématique abordée dans ce travail de recherche. Il a été ensuite question de soumettre aux exigences de la clarification conceptuelle qui a consisté à la définition des concepts clés mais surtout la mise en évidence de leur sens et signification dans le contexte de l'étude. Enfin il a été question de présenter le cadre théorique. Cette partie à cette particularité de présenter les différentes théories convoquées et leurs implications pour rendre compte des données collectées qui seront présentées dans les prochains chapitres dans une approche analytique.

CHAPITRE 3

PERCEPTIONS DES POPULATIONS EN RAPPORT AVEC LA PERSISTANCE DE L'ONCHOCERCOSE CHEZ LES BAMOUN DU NOUN

Introduction

Ce chapitre fait une description des perceptions de l'onchocercose par les populations du Noun. Celles-ci ont un impact significatif sur la persistance de l'onchocercose. Il a pour principales articulations les connaissances sur la maladie, les activités locales susceptibles de rendre compte de la perpétuation et par voie de conséquence de la résistance de la maladie au sein des communautés concernées, la dénomination locale de l'onchocercose, les connaissances et les perceptions autour de l'étiologie, les manifestations et la prise en charge de la maladie, les activités socioculturelles en rapport avec l'onchocercose et la prise en charge de la maladie dans les communautés.

3.1. Connaissance de l'Onchocercose

Les activités communautaires de lutte contre l'onchocercose tournent autour des campagnes de distribution de masse du Mectizan aux populations exposées. Comprendre les facteurs culturels explicatifs de la persistance de cette maladie nécessite une évaluation non seulement des activités mais aussi du niveau d'implication des communautés, les responsables au centre de la lutte contre la maladie et les populations bénéficiaires des programmes. Il est de ce fait important de comprendre le niveau de connaissances de ces différents acteurs.

3.1.1. Existence de la maladie et son impact sur les communautés

Dans les communautés couvertes par cette étude, l'onchocercose est connue comme la maladie qui cause le plus d'impact sur la santé des populations. Elle est due à des facteurs environnementaux et sa persistance relève des facteurs humains et socioculturels. Dans certaines communautés spécifiques de Massangam, son impact reste visible sur la population. À la question de savoir quelle est la principale maladie qui sévit dans la communauté, les réponses des informateurs semblent parfois divergentes selon que l'on soit à Kouoptamo, à Fosset ou à Massangam. Cette divergence, au vu des observations empiriques, tient de l'intérêt que la population accorde aux activités de santé communautaire ou à l'implication de certains acteurs spécifiques comme les DC et le personnel médical. Mais la synthèse des données ethnographiques nous ramène à conclure sur la forte présence de l'onchocercose au vu des descriptions des manifestations et de certaines formes morphologiques souvent observées chez les populations. Un distributeur communautaire de la localité de Massangam affirme d'ailleurs que l'onchocercose est la maladie dominante à cause de la forte présence de l'agent vecteur. Il dit en effet,

La seule maladie qui fait rage ici ce n'est que l'onchocercose parce qu'il y a trop de mout-mout qui picorent les gens ici ; ce n'est que ça qui dérange les gens. Alors, quand ça pique, ça transmet la maladie. Quand vous regardez la communauté, il y a plein de gens qui ont les peaux de léopard ; d'autres, comme mon père, comme vous regardez là, ça fait deux ans qu'on le traite. À l'époque il n'acceptait pas le Mectizan, mais déjà voilà

la cécité, il ne voit plus bien, maintenant il tombe dessus quand il a déjà, il ne voit plus bien. Donc les gens ont compris que si on ne prend pas trop le Mectizan ici, on aura des ennuis. Quand vous regardez, on a deux cours d'eau qui nous entourent ici, je dirai même trois parce qu'il y a le Dja à droite et le Kichi à gauche et plus bas là, vous allez voir le Mbam donc, ce n'est que l'onchocercose qui nuit beaucoup à la santé ici. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Cet informateur semble exagérer par les mots utilisés mais l'intention première est de rendre compte de ce qui se vit dans sa communauté. L'onchocercose est donc une maladie qui existe, connue et vécue par les populations des communautés du Noun et particulièrement de celles de Kouoptamo, Fosset et Massagam. Dans les propos de cet informateur, l'exemple pris pour indiquer l'existence réelle de la maladie est celui d'un proche parent qui ne s'est intéressé à la campagne de distribution de Mectizan que lorsqu'il a atteint le stade de cécité. Cette maladie existe comme il l'affirme et les causes sont liées à la présence du vecteur qui « *Picorent les gens* » mais surtout à la présence des cours d'eau qui constituent des gîtes de développement de ces vecteurs. Cette maladie est alors un facteur de nuisance sanitaire important. Il semble donc nécessaire de comprendre les connaissances des acteurs face à cette maladie.

3.1.2. Connaissances des responsables des formations sanitaires et agents de santé

L'onchocercose existe et les stratégies de lutte contre la maladie sont mises sur pied et connues de la communauté. Les responsables des formations sanitaires et les distributeurs communautaires sont les personnes au niveau de la communauté qui assurent la formation et l'information des populations sur la maladie, les méthodes de prévention, la distribution du Mectizan et tout renseignement possible sur la maladie. À la question de savoir ce qu'est l'onchocercose, les réponses des responsables des formations sanitaires et agents de santé rencontrés laissent identifier que certains agents de santé s'intéressent et s'impliquent moins que les autres bien que tous impliqués dans les activités de lutte au niveau de leurs différentes aires de santé couvrant l'ensemble des localités ciblées par cette recherche. En effet, des personnels de santé impliqués dans la gestion locale du programme de lutte contre l'onchocercose et la distribution des médicaments et autres intrants liés, n'ont souvent aucune connaissance sur la maladie. Ils le disent eux-mêmes dans leurs propos comme souligne un personnel sanitaire à Foubot dans le village Fosset, « *L'onchocercose ce n'est pas, on dit souvent la tuberculose ou le filaire, c'est pour cela que je vous ai dit que je ne suis pas intéressée pour ça. Je ne connais pas vraiment* » (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset). Pour ce personnel de santé dans une formation sanitaire du village Fosset, l'onchocercose serait de la tuberculose ou les filaires. Ce dernier n'ayant pas de réponse précise sur la question déclare son désintérêt sur cette dernière. C'est également ce qui ressort de cet autre personnel de santé à Makouopsap dans la localité de Massagam qui déclare :

Je ne sais pas, il faut aller voir le surveillant général c'est lui qui peut te donner les informations. Je sais qu'il y a souvent les formations sur l'onchocercose mais c'est lui qui s'en occupe du Mectizan. Je ne suis pas dedans puisque je ne suis pas parmi ceux qui font la distribution (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Ce personnel de santé dans la localité de Makouopsap réfère au surveillant général de la structure. Pour se dédouaner, ce dernier souligne qu'il ne fait pas la distribution. Il faut souligner que dans la communauté de Makouopsap à Massangam, il existe depuis quelques années une campagne de test and treat qui implique toute la communauté passant par les formations sanitaires en place. Il y a donc ces personnels de santé qui ne présentent aucun intérêt ou des connaissances faibles sur la maladie et les activités de lutte. Il faut cependant souligner que ce déficit a forcément une influence sur l'adhésion totale des communautés aux activités et sur la prise des mesures préventives qui concourent à la lutte et à l'élimination de l'onchocercose. Dans ces communautés où le personnel médical est au centre de l'information sanitaire, il faut dire que cela est significatif et peut véritablement influencer sur les objectifs à atteindre en matière de lutte contre l'onchocercose et favoriser sa persistance.

Outre ces derniers, on trouve tout de même des personnels de santé et responsables des formations sanitaires dont les réponses rendent compte de leur implication dans la lutte contre l'onchocercose dans leurs communautés et dans leurs aires d'influence en matière de santé. En réalité leur définition de la maladie est bien plus proche de la définition scientifique de l'Organisation Mondiale de la Santé. Ils la définissent ainsi qu'il suit,

L'onchocercose c'est, cette maladie qu'on appelle généralement dans la communauté les filaires, qui sont causées par les piqûres des moustiques, et transmise d'une personne malade à une personne non malade par cette pique de moustique. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Ce responsable de formation sanitaire définit l'onchocercose en la rapprochant à la réalité de la communauté. On comprend tout de suite son implication dans l'activité de lutte et son implication au niveau de la communauté. Dans sa définition, il fait référence à l'appellation locale de l'onchocercose. Bien que ne désignant pas la simulie comme principal vecteur, il relève l'autre pan de la transmission de la maladie qui est celle de la transmission d'homme à homme par l'intermédiaire de la simulie. Bien que pas suffisante, cette définition serait acceptable et plus proche de celle de cet autre informateur qui est beaucoup plus approfondie et un peu plus englobante. Elle est la suivante :

L'onchocercose est une maladie transmise par un insecte qui vit au niveau des forêts, à côté des marécages. On parle de la simulie je crois bien, qui pique et ça peut se manifester par exemple par la cécité, le malade a la peau de léopard, l'éléphantiasis, tout ça. Et dans le système de la physiopathologie, c'est les microfilaries qui nourrissent les adultes

parce qu'on traite plus, on doit plutôt de tuer les microfilaires pour que les adultes puissent ne plus avoir à manger. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Cette définition est approfondie et proche de la définition de l'OMS. Elle prend en compte les causes et d'éventuelles manifestations physiques et physiologiques de la maladie. On peut ainsi apprécier le niveau de connaissance des agents de santé et responsables de formations sanitaires sur l'onchocercose, son mode de transmission et les activités développées pour l'éradiquer. Il est important de savoir ce que pensent les distributeurs communautaires informés et formés par les responsables de formations sanitaires et personnels de santé pour assurer la distribution au niveau de la communauté. Mais avant, il faut souligner qu'il existe un lien perceptible entre le niveau de connaissance du personnel de santé et la persistance de la maladie dans les communautés, cela en ce que certains d'entre ce personnel de santé montrent un désintérêt à l'activité. On les reproche pour leur faible connaissance sur la maladie.

3.1.3. Connaissances des Distributeurs Communautaires sur l'onchocercose

Le distributeur communautaire est celui-là qui sert de courroie de transmission entre la communauté et les centres de santé. Il a en plus de la distribution, le rôle de transmettre l'information sur des questions de santé spécifiques. Dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, le Distributeur Communautaire est un membre de la communauté recruté et formé par la formation sanitaire afin d'assurer l'information et la distribution du Mectizan dans la communauté. Il est donc important que ce dernier ait des connaissances sur la maladie, ses causes et les moyens de sa prévention. On observe alors une différence de connaissance sur la maladie. Certains distributeurs rencontrés dans les différents villages concernés par cette recherche n'ont pas véritablement de connaissance sur la maladie. Ces derniers se contentent de distribuer le Mectizan sans toutefois informer clairement les populations du bien-fondé des médicaments qu'ils distribuent. À la question de savoir qu'est-ce que l'onchocercose, ils ont régulièrement répondu, *« je ne sais pas ! Peut-être comme tu es là tu vas vraiment nous expliquer. Nous on distribue seulement le Mectizan parce que ça aide beaucoup pour la santé ; ça soigne beaucoup de maladies »*. C'est ce qui ressort d'ailleurs à travers ces autres propos :

L'onchocercose je ne sais pas. Je sais que à la formation on nous a parlé de l'onchocercose, c'est pour ça qu'on donne les remèdes de Mectizan pour qu'on distribue aux gens pour éviter la maladie causée par les moustiques qui piquent à côté de l'eau. Mais les détails je ne connais pas beaucoup (Entretien réalisé le 05/04/18 à Massangam).

La maladie est causée par les moustiques à côté de l'eau, voilà une réponse qui informe sur les causes de la maladie. Seulement ce dernier distributeur communautaire, distribue le

médicament juste parce qu'on le lui demande. Toutefois, il faut reconnaître qu'il y a des distributeurs qui maîtrisent bien la question. Ceux-ci ont souvent défini la maladie en la rapportant au traitement, aux causes et différentes manifestations. Pour ces derniers, la position du Cameroun en Afrique centrale lui offre le statut de pays endémique à l'onchocercose, puisque le climat y est favorable aux vecteurs. Par ailleurs, la distribution du Mectizan apparaît comme un moyen de lutte contre la maladie dont les conséquences sont la cécité et l'éléphantiasis.

L'onchocercose, est très répandue puisque nous sommes en Afrique centrale, là où il y a ces moustiques, qui nous piquent et puis, à chaque fois quand on est piqué par ce moustique, on attrape maintenant l'onchocercose. Il n'y a que le Mectizan qui fait cette lutte contre l'onchocercose et l'onchocercose lui-même peut faire que l'homme devienne aveugle. Et il n'y a pas que devenir aveugle, il y a le fait que quand on a ça, on peut avoir le gonflement des pieds. On appelle ça souvent pied d'éléphant, une peau rouge, et puis il y a aussi à chaque fois il faut gratter la peau. Ça affaiblit aussi la vision (Entretien réalisé le 20/04/20 DC à Kouoptamo).

Chez les distributeurs, on observe une différence de connaissance et par conséquent de perception sur la maladie de par les définitions proposées par ces informateurs. La non maîtrise de la maladie et ses causes pour ces distributeurs est également considérée comme l'un des principaux facteurs explicatifs de la persistance de la maladie dans les communautés bamoun. Ce d'autant plus que pour les activités de santé communautaire, une réelle communication peut agir sur les mentalités et favoriser l'adhésion ou non des populations aux programmes initiés pour combattre cette pathologie. Dès lors que les distributeurs dont le rôle est connu ne parviennent pas à bien informer les membres de la communauté alors bénéficiaires, il va de soi que ces derniers utilisent sans efficience les médicaments distribués.

3.1.4. Connaissance de l'onchocercose par les populations

Au niveau de la population locale, dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, il a été impossible pour les membres rencontrés d'apporter une réponse sur la connaissance de l'onchocercose. Pour ces populations, les moments d'entretien ont souvent été une occasion pour eux de s'informer sur la maladie puisque pour certains, nous étions souvent la première personne qui les apprenait l'existence de l'onchocercose. « *Non ! Vous pouvez m'expliquer je peux connaître mais sous une autre forme. Expliquez-moi seulement* » (Entretien réalisé le 09/05/2018 à Kouoptamo). Le terme « Onchocercose » pour les membres de la communauté semble méconnu. Il apparaît important de passer par des explications pour capter auprès de cette population la dénomination de la maladie telle que perçue localement. Compte tenu de la longue période des activités de lutte contre la maladie dans ces différentes

communautés, nous-nous intéressons ainsi à la perception locale de sa maladie en essayant d'identifier la dénomination locale de l'onchocercose.

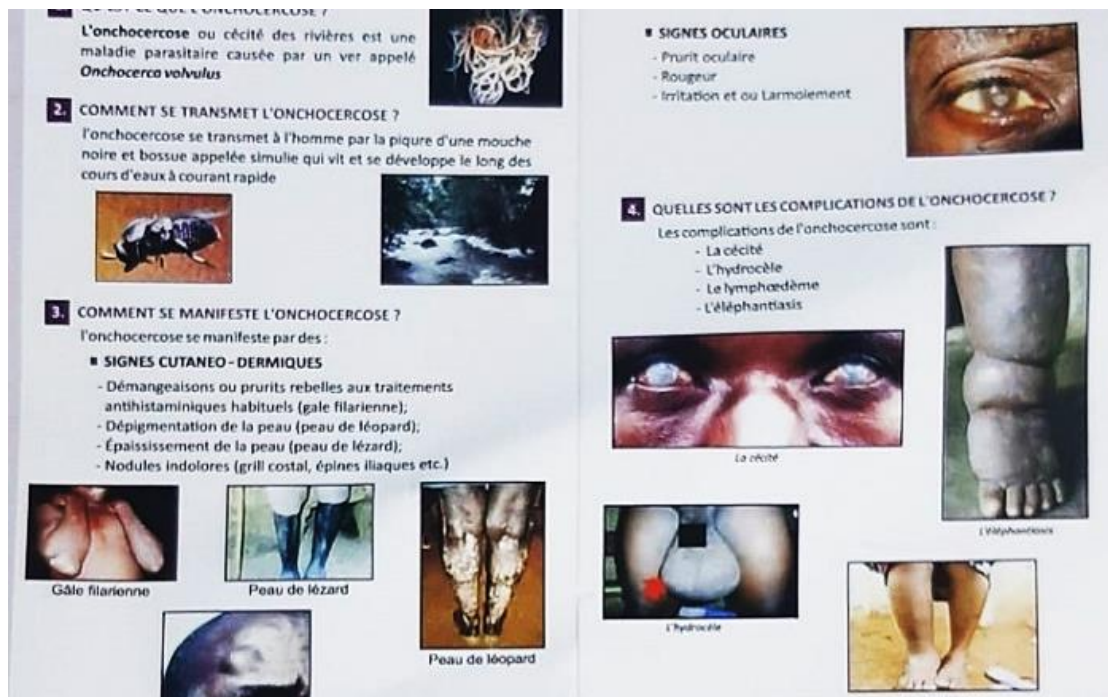
3.2. Dénomination locale de l'onchocercose

Dans l'univers culturel bamoun, plusieurs termes sont utilisés pour nommer l'onchocercose. Dans les communautés concernées par cette recherche, c'est à travers ses manifestations, des symptômes observés ou simplement des représentations construites autour du malade et de la maladie qu'on déduit la présence de l'onchocercose et partant plusieurs dénominations interviennent.

3.2.1. Onchocercose comme *Filaires*

L'onchocercose dans la communauté locale des villages concernés par cette étude est plus connue sous le nom de *filaires*. Pour certains, les filaires seraient la cause des troubles de la vue. « *On parle de filaire. C'est le filaire qui donne les troubles de vue n'est-ce pas !* » (Entretien réalisé le 15/09/2022 à Fosset). Pour d'autres, l'onchocercose désigne un ensemble de maladies et le filaire est l'une des maladies de la chaîne. « *C'est le filaire ! Je ne connais pas son nom en langue vernaculaire. Mais on dit souvent que le filaire c'est une partie de cette maladie, c'est plusieurs choses et les filaires font partie de ça* » (FGD réalisé le 12/09/22 à Kouoptamo). Ces propos sont évocateurs de ce que dans les communautés, les activités de sensibilisation et d'information sur l'onchocercose et des campagnes de traitement de masse, souvent accompagnés d'images illustratives d'une gamme de pathologie connexes à l'onchocercose qui ont un lien de connaissance sur la maladie appelée ici filaires. Il s'agit de la filariose lymphatique, la dépigmentation de la peau encore appelée peau de lézard. L'élément iconographique suivant montre en effet les images présentées dans les différentes affiches de sensibilisation et de communication sur la maladie pendant les campagnes de distribution de masse.

Photo 1: Affiche de sensibilisation et d'information sur la maladie



Source : scan d'une affiche fait par Moustapha Mohamed Nsangou (2021).

Sur cette affiche on peut aisément identifier la filariose lymphatique communément dénommés en fonction des manifestations visibles telle que gonflement des pieds et la peau de léopard que les populations globalisent sous la dénomination de filaires.

Les propos de cet autre informateur nous en disent plus sur la dénomination de l'onchocercose comme *filaires*. Ce dernier essaye entre autres de faire une description de la manifestation de ce qu'ils appellent filaire en guise de désignation de l'onchocercose. Pour lui, les filaires se manifesteraient par l'apparition des irritations sur la peau après un bain froid. Il décrit de la sorte :

Normalement ça a un nom, ou on appelait ça Filaire ou on appelait ça quoi là comme ça parce que quand quelqu'un a ça aussi on peut voir à travers la peau, quand il se lave avec de l'eau froide. Il y aura une partie de son corps un peu de petits gonflements et qui vont disparaître après quelques ou je ne sais pas. On appelle ça Filaire. (Entretien réalisé le 23/02/20 à Kouoptamo).

En réalité comme les populations l'ont souligné et selon ce que nous lisons dans ces propos, les filaires se manifestent par de petits œdèmes sur la peau du malade après une douche froide et qui disparaissent quelques heures après. Cette description locale de la maladie se rapproche de la filariose lymphatique qui fait partie des corolaires de l'onchocercose. Ceci montre à suffisance que la maladie est bien connue de la population. Et fonction des perceptions elle est désignée sous plusieurs termes.

3.2.2. Onchocercose comme *You-you*

Dans la langue parlée par les communautés bamoun rencontrées dans les localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam, le terme *You* veut dire démanger. L'onchocercose est donc aussi désignée par cet état de santé qui se manifeste par des démangeaisons du corps. On dira donc *You-you* pour dire que ça gratte le corps ou littéralement *gratter-gratter*. De par la description, cette appellation n'est pas loin de celles qui désignent l'onchocercose comme filaires. C'est le constat fait à travers les propos de cet informateur, membre de la communauté de Fosset :

On dit toujours que c'est Youyou. Tu parles du filaire ? On appelle ça Youyou puisque tu sais que c'est sur toi lorsque ton corps gratte et pique et lorsque tu passes au soleil ton corps pique et c'est comme ça qu'on sait qu'on a cette maladie. (Entretien réalisé le 07/05/2018 à Fosset).

Elle pique et elle gratte ; voilà les caractéristiques à travers lesquelles l'onchocercose est identifiée. D'autres informateurs désignent l'onchocercose par les manifestations ou les différents états pathologiques la rapprochant de la cécité.

3.2.3. Onchocercose, *Yah Feu-mi*

En plus des multiples manifestations par lesquelles l'on désigne l'onchocercose chez les Bamoun, la maladie de par ses manifestations sur la vue est aussi désignée comme maladie du trouble de la vue. En réalité, *Feu* signifie littéralement « trouble » et *Mi* désigne l'œil ou les yeux. Donc *Yah Feu-mi* désigne le mal ou la maladie qui s'attaque aux yeux en les rendant troubles. *Yah Feu-mi* renvoie ainsi à la maladie du trouble de l'œil ou des yeux. Cette appellation adoptée dans la socioculture bamoun rend compte de l'ultime manifestation de l'onchocercose qui est la cécité. C'est d'ailleurs l'appellation adoptée par un Distributeur Communautaire qui le révèle ainsi dans ses propos, « *C'est filaire, Yah Feu mi, c'est le filaire, c'est comme ça qu'on appelle cette maladie* » (Entretien réalisé le 18/01/21 à Massangam). Un responsable de formation sanitaire dans la communauté de Fosset rappelle que les populations désignent la maladie en fonction de ses manifestations. L'une des manifestations à partir de laquelle la maladie tire son nom dans l'univers culturel Bamoun est celle expliquant les troubles de la vue comme le souligne ce responsable de formation sanitaire du village Kuetlieum à Fosset par Foubot.

« En fonction de la manifestation ils appellent Feu-mi, mais ils ne maîtrisent pas les peaux de léopard, lèpre, parce qu'il y a même l'autre qui a eu la lèpre, il est venu ici et on a fait un traitement. » (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Manifestement, à la lumière de ces propos, les populations des communautés bamoun n'indiquent la maladie que par la manifestation et pour le cas présent, elle est désignée par sa manifestation extrême. Tout laisse croire que les connaissances dans la communauté sont bien faibles car comme souligne ce responsable de formation sanitaire, les populations n'ont pas connaissance d'autres manifestations ou alors ne considèrent pas ces dernières comme étant liées à l'onchocercose.

Ces différents termes utilisés pour désigner la maladie rendent compte de ce que l'onchocercose est bien connue des populations sous des noms culturellement attribués, des noms construits autour des différentes manifestations connues et observables de la maladie. Ces noms, comme on peut le dire, sont attribués en fonction de l'expérience des personnes malades, du vécu de la maladie ou simplement des observations en tant que membre de la communauté où les cas d'onchocercose sont observés. On retient que ces noms sont localement attribués à l'onchocercose et parmi lesquelles le terme *filaire* est visiblement le plus utilisé et ce sont eux qui ont été adoptés tout au long de la collecte des données et qui reviennent régulièrement dans le texte. À la suite de cette mise au point sur l'ethnonymie de la maladie, on s'interroge sur l'étiologie de l'onchocercose, du *Yah feu mi*, du *You-you* ou encore de la filaire. Il est donc question d'évaluer ou d'interroger les connaissances des populations sur les causes de l'onchocercose.

3.3. Perceptions sur l'étiologie, manifestation et prise en charge de la maladie

Dans le processus de lutte contre la maladie dans les communautés, l'analyse de la connaissance sur les causes de la maladie fait distinguer deux catégories d'acteurs. Les premiers sont des populations bénéficiaires qui reçoivent la prise en charge mais surtout l'information sur la maladie. L'autre catégorie d'acteurs sont ceux qui distribuent et sont par la même occasion censée informer la population à qui ils distribuent le médicament de prévention. Ces derniers sont informés et formés sur tous les aspects de la maladie notamment sur les causes, les manifestations, le traitement et la prévention de la maladie. Ce sont les distributeurs communautaires encore appelés DC. Dans cette partie, il est question d'analyser la connaissance des causes, des manifestations et des thérapies par les populations bénéficiaires et les distributeurs communautaires.

3.3.1. Connaissance des causes par la population bénéficiaire des programmes de santé

Les populations locales sont les premiers bénéficiaires des programmes de lutte contre l'onchocercose. Dans une approche où la stratégie est celle de lutter pour la maîtrise ou

l'élimination d'une maladie, il est important que les populations aient connaissance des causes de la maladie dont elle souffre. Dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, les connaissances des populations et même de certains distributeurs communautaires sont discutables. En effet, en matière de connaissance sur l'étiologie de l'onchocercose ou de ce qu'ils appellent localement filaires ou *You-you*, on rencontre une différence de connaissance entre les individus. Ainsi lorsqu'il a été question d'interroger les populations sur les connaissances des causes de la maladie, on s'est rendu compte qu'elles varient. Certaines personnes rencontrées et même des DC ont une faible connaissance ou simplement ignorent les causes de l'onchocercose. Pour beaucoup d'entre elles, la connaissance des causes est exclusive aux spécialistes des questions de santé ou aux agents de santé. C'est ce que soutient cet informateur de Kouoptamo ;

Je ne peux pas vous définir ce qui donne le filaire, comme je ne suis pas dans ce domaine pour savoir que ça cause telle chose. Ce sont les spécialistes qui peuvent connaître la cause des filaires. (Entretien réalisé le 19/09/2022 à Kouoptamo)

Cet informateur décline son ignorance des causes et estime que seuls les agents de santé sont censés connaître les origines de la maladie. Pourtant l'un des objectifs des activités de santé communautaires sur la maladie repose sur la communication et la sensibilisation sur les manifestations et bien évidemment, sur les causes de la maladie. Avant d'y revenir, il faut dire que ce manque de connaissance sur l'étiologie de la maladie contribuerait à ce que les populations n'adoptent pas des mesures de prévention face à l'environnement qui est le siège du vecteur. En réalité, lorsque l'on observe le milieu dans lequel vivent les populations, les caractéristiques rendent compte de la présence du vecteur. Ne pas connaître la cause de la maladie rime à ne pas prendre des mesures préventives ou à continuer inconsciemment d'adopter des comportements à risque qui les exposent de plus en plus à la maladie.

D'autres encore sans s'éloigner des précédentes assertions selon lesquelles seuls les experts ont connaissance de la cause de la maladie, affirment même que personne dans la communauté n'a véritablement de connaissance sur l'origine de la maladie comme déclare cet informateur du village Fosset à Foubot. « *Ce qui cause cette maladie personne ne connaît. Disons peut-être que ou bien tu as pris quoi ? je ne sais pas peut-être ce qui donne cette maladie* » (FGD réalisé le 16/09/22 à Fosset). En plus d'affirmer son manque de connaissance sur l'origine de la maladie, ce dernier informateur atteste que la population toute entière n'a pas de connaissance sur les causes de la maladie. Pourtant, dans ces communautés, les activités de

lutte contre la maladie se déroulent depuis plusieurs années. Les populations n'auraient aucune cause physique identifiable si l'on analyse ces propos.

Pour d'autres en plus, la maladie viendrait sans qu'une véritable cause soit identifiée. Pour ces derniers en effet, on constate seulement les manifestations de la maladie sans en connaître les causes. Des informations pareilles ont été recueillies dans l'ensemble des localités concernées par cette étude. Les propos de cet informateur de l'aire de santé de Fosset sont évocateurs à ce sujet. Il déclare en effet, « *Moi je ne peux pas savoir puisque tu restes et tu constates seulement comment ça se manifeste sur toi et tu ne sais comment c'est arrivé. Donc tu es obligé de te soigner* ». (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

3.3.2. Connaissance des causes par les Distributeurs Communautaires

Les distributeurs communautaires (DC) sont des membres de la communauté formés et dont le rôle est d'assurer la couverture thérapeutique et géographique de la maladie. Logiquement ces derniers de par les formations reçues, sont censés pouvoir informer et former les populations sur l'ensemble des questions relatives à la maladie. Ils ont également pour rôle de les informer sur la cause et d'identifier les manifestations de la maladie afin de pouvoir leur proposer le traitement curatif et préventif du Mectizan dont ils ont la charge de distribuer. Cependant, lorsque l'on essaie d'analyser les propos de certains distributeurs communautaires sur la question de la cause de la maladie, on se rend compte que ces derniers n'ont pas une véritable connaissance des causes de l'onchocercose dont ils sont les principaux acteurs dans les activités de santé communautaire en rapport avec la lutte contre cette maladie. Cette faible connaissance est perceptible lorsque nous lisons les propos de ce DC de Fosset, village Mawouon. Il avance en effet :

On dit que c'est le filaire, et c'est un moustique qu'on appelle mouche noire qui pique et te transmet cette maladie. Lorsque l'on laisse les eaux stagnantes dans les alentours du village, la mouche entre dans cette eau et ensuite elle te pique et te laisse ce microbe de filaire dans le corps et ça commence à te déranger. » (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Pour cet informateur, on constate une faible connaissance des causes de la maladie. Ce manque d'information provenant de celui qui en principe a pour rôle d'informer est un facteur explicatif de la persistance de la maladie. Certains distributeurs se sont cependant distingués en faisant ressortir dans leurs propos des éléments sur les causes réelles de la maladie. En plus des causes liées à la piqûre par un agent vecteur, la transmission se fait également d'homme à homme par l'intermédiaire de ce vecteur dont le nom utilisé ne serait pas d'origine locale. C'est ce que ces DC de Kouoptamo et de Foubot déclarent en disant que le vecteur de la maladie

localement appelé *Mout-Mout* serait originaire de Bafia, une localité de la région du Centre limitrophe à la zone de Massangam de par le fleuve Mbam. « *On appelle ça mout-mout. Ce n'est pas en bamoun parce que quand même nous on voyageait, au niveau de Bafia là où on se reposait, on appelait toujours ça là-bas Mout-mout. Il n'y a pas un nom spécifique en bamoun* ». (Entretien réalisé le 13/09/22 à Kouoptamo).

Cet informateur se base sur ses expériences quotidiennes. En effet, lorsqu'il parle du vecteur de la maladie en se référant sur la localité du Mbam, il fait appel à une connaissance générale sur un grand foyer de la maladie au Cameroun et dans la région. La région du Mbam est une localité de forte contamination de la maladie. Elle est limitrophe avec le village Makouopsap à Massangam qui est situé aux alentours du fleuve Mbam.

Pour d'autres informateurs, « *Lorsqu'il a piqué une autre personne qui a le filaire sur lui et il revient te piquer, là il peut aussi te contaminer.* » (Entretien réalisé le 15/09/22 à Fosset). A la lumière de ces derniers propos, on comprend que cet autre informateur décrit bien le mode de transmission d'homme à homme par l'intermédiaire du vecteur de la maladie. Les causes de la maladie sont ainsi différemment identifiées dans la communauté par les DC qui naturellement sont des personnes censées être les plus informées à ce sujet de par leur implication dans les différentes activités autour de l'onchocercose. Le constat à faire ici est que nombre de ces distributeurs n'ont pas suffisamment de connaissances sur le sujet alors que ce ne devrait pas être le cas. Les propos des membres de la communauté, c'est-à-dire les bénéficiaires des programmes de lutte organisés dans les localités fait ressortir manifestement une absence de connaissances sur la maladie qui sévit dans leur milieu. Pourtant les activités de lutte contre la maladie en question y sont menées depuis plusieurs années. On trouve ainsi le lien entre la faible connaissance des distributeurs et l'absence de connaissance chez les bénéficiaires. Ces derniers dans leurs propos évoquent cependant une certaine évolution au niveau de la connaissance autour de l'origine de l'onchocercose. Pour les plus anciens dans la communauté en effet, auparavant considérée comme une maladie liée à des causes mystiques l'onchocercose avec les multiples activités et campagne de distribution de masse du Mectizan, la perception des causes a changé et les populations connaissent mieux et adhèrent de plus en plus à l'explication scientifique des causes. Sur ce, voici ce qui ressort des propos de ces bénéficiaires, « *Ça je ne le sais pas parce que lorsque tu as le filaire, si on coupe ta peau et qu'on met dans la machine et ça sort. Donc je ne pense pas que c'est mystique.* » (FGD réalisé le 21/04/2020 à Kouoptamo)

On comprend avec ce membre de la communauté de Kouoptamo que, plusieurs fois informés sur les activités et différentes stratégies de lutte contre la maladie, la perception et les

mentalités des populations face à l'onchocercose semblent évoluer. C'est ce que confirme ce responsable de formation sanitaire de la communauté de Fosset à Foubot,

A nos jours, avant d'abord, 80% de la population pensaient que ce sont les trucs mystiques. Mais maintenant avec la multiplication de la sensibilisation ça s'améliore parce que lorsqu'on arrive avec le Mectizan maintenant ils se bousculent. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

La multiplication des activités de sensibilisation et la participation communautaire ont alors permis d'améliorer les connaissances et de changer également les mentalités, les perceptions et même les représentations des populations face à l'onchocercose.

Les causes de la maladie ainsi identifiées et expliquées par les populations et les distributeurs communautaire, il revient de s'interroger sur leur perception autour de ces causes. En réalité, les perceptions qu'un groupe culturel peut avoir d'une réalité peut avoir un impact sur leurs réactions culturelles face au phénomène. Il est question de savoir quelles sont les perceptions des populations sur les différentes causes de l'onchocercose et qu'elles ont eu même à évoquer.

3.3.3. Perception des causes de l'onchocercose dans les communautés de Massangam, Fosset et Kouoptamo

Dans les précédents sous-titres, il a été question d'interroger sur les connaissances des communautés sur les causes de l'onchocercose. Il nous a été donné de constater une différence du niveau de connaissance des causes de la maladie. Bien que l'exposition régulière aux activités de santé communautaires organisées autour de la maladie ait participé à l'amélioration des points de vue et des perceptions sur l'origine de la maladie, des perceptions continuent d'influencer le regard que les populations peuvent avoir de la maladie. La différence de connaissance est encore influencée par les perceptions des populations. Ainsi plusieurs tournent autour des causes de l'onchocercose dans la communauté.

3.3.3.1. Onchocercose due à l'environnement

Des personnes rencontrées pensent que l'onchocercose est due à l'environnement, notamment les mauvaises conditions d'hygiène. Ces dernières prennent cependant conscience de l'existence du vecteur, et estiment que le fait de ne pas bien se couvrir le corps expose aux piqûres de la simule, vecteur de la maladie. C'est ce que semble dire notre informateur de Massangam dans ses propos lorsqu'il déclare que la maladie est due à l'environnement et à la

mauvaise condition d'hygiène et aussi de la qualité vestimentaire des populations qui s'exposent aux vecteurs. Il le dit en ces termes :

Les causes c'est l'entourage (l'environnement), et de l'entourage il y a aussi la non protection de l'organisme, parce qu'il est incompréhensible que quelqu'un porte de pareils habits que nous avons portés étant dans la zone exposée à l'oncho, aux filaires. Oui parce que la similie ne peut pas percer le pantalon pour atteindre ta chair, quand elle vient et que le corps est nu elle est contente. (Entretien réalisé le 18/01/21 à Massangam).

En attribuant la cause de la maladie à l'environnement, au manque d'hygiène vestimentaire, cet informateur semble dénoncer le non-respect de ces mesures par les populations qui par leur comportement dans leur environnement, s'exposent à la maladie. Ce même informateur, de par son expérience de vie dans la communauté et de son implication en tant que distributeur communautaire, relève alors une évolution des perceptions des populations par rapport aux causes de la maladie. En effet comme il le dit, avant l'arrivée des campagnes de distribution du Mectizan et probablement la sensibilisation autour de la maladie, les perceptions autour de la cause de la maladie étaient différentes.

3.3.3.2. Onchocercose et mysticisme

Aujourd'hui les perceptions de l'onchocercose ont évolué, mais il reste des pensées locales qui continuent de présenter la maladie ou certaines de ses manifestations comme mystiques. Dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, les populations attribuent encore à l'onchocercose des causes mystiques ou personnalistes, autrement dit, à travers certaines manifestations de la maladie, des individus sont souvent mis en cause. C'est le cas du pied d'éléphant ou l'éléphantiasis pour notre informateur qui est dû à l'existence des confusions quant à la cause dans la communauté. En effet, dans la socioculture bamoun, selon cet informateur, il existe une maladie dont la manifestation est proche de l'éléphantiasis et que les populations attribuent une cause mystique. C'est ce qu'il essaye d'expliquer dans ces propos,

À l'exemple de l'éléphantiasis, quand le filaire t'aveugle, même aujourd'hui certaines personnes disent que c'est la sorcellerie. Lorsque quelqu'un a l'éléphantiasis il se dit qu'on lui a mis les remèdes et ses pieds sont gonflés. On dit 'peuh nouh Yem Neuh Ma' (on m'a versé quelque chose) pourtant la chose qu'on verse à quelqu'un est différente des filaires qui font gonfler les pieds (Entretien réalisé le 18/01/21 à Massangam).

En effet, comme l'explique cet informateur, chez les Bamoun, certaines maladies culturelles dont l'origine est mystique selon les perceptions des populations, ont les mêmes manifestations que le pied d'éléphant. Dans la communauté, l'imaginaire populaire dit

« *traverser le remède* ». C'est une sorte de manifestation mystique qui consiste pour les détenteurs de ce pouvoir de transmettre une maladie en laissant sur le passage de la victime des remèdes à lui destinés afin que cette dernière traverse. Ce que notre informateur appelle « *peuh nouh Yem Neuh ma* », « *on m'a versé le remède* ». Ce type de sortilège comme il l'explique, se manifeste par le gonflement des jambes de celui qui aurait traversé le remède versé sur le passage. Cette manifestation à l'observation est décrite comme la filariose lymphatique encore appelée pied d'éléphant ou éléphantiasis. C'est certainement la raison pour laquelle les populations des communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam attribuent à l'onchocercose des causes mystiques. L'onchocercose et ses manifestations sont alors perçues comme des maladies mystiques. Cet ordre de perception influence l'adhésion aux campagnes de Mectizan et devient un facteur de persistance de la maladie.

3.3.3.3. Onchocercose causée par l'activité socioculturelle

L'onchocercose est liée à l'activité menée par les victimes ou les malades. Cette autre perception de la cause de la maladie se rapporte à la cause environnementale. Les activités socioculturelles des populations se font dans un environnement qui manifestement les expose aux piqûres de l'insecte vecteur. Cette perception de la cause de la maladie tourne autour de l'activité quotidienne de certains membres de la communauté. Les activités quotidiennes de la majorité de la population dans ces communautés sont liées aux pratiques agricoles. Les localités agricoles sont ainsi souvent traversées par les cours d'eau qui regorgent des gîtes de reproduction de la simulie, principal vecteur de la maladie. Dans l'ordre des perceptions de l'étiologie de la maladie, la perception de l'environnement est claire, mais elle reste encore une représentation d'une réalité conçue et interprétée selon les sensibilités locales. En fait, dans l'exemple des pêcheurs évoqués par les informateurs de Fosset mais surtout de Massangam, ces travailleurs pensent que le brouillard au petit matin et de la soirée dû à la fraîcheur de l'eau pendant ces périodes, serait la cause des filaires. Ils le précisent en ces termes :

D'aucuns même disent, ceux qui sont chasseurs, ceux qui sont pêcheurs, puisque beaucoup vont à la pêche dans le Mbam, ils commentent que c'est le brouillard qui monte dans l'eau le matin et le soir qui occasionne les filaires, alors que ce n'est pas ça. C'est la pique des mout-mouts. (Entretien réalisé le 05/04/21 à Massangam).

Ce distributeur, informé exprime cette perception du brouillard par les populations locales certainement celles de sa zone d'influence, mais soutient que la seule cause c'est la piqûre du vecteur : la simulie encore appelée *Mout-mout*. Pour ce qui est des chasseurs, comme l'explique ce même informateur, ces derniers estiment que leur cécité serait causée par les feux et les fumées qu'ils utilisent dans les différentes techniques de chasse. Il le dit en ces termes ; « *Et*

pour les chasseurs ils disent que comme ils font la chasse traditionnelle en brulant les remèdes au feu, que ce sont les fumées de ces produits traditionnels qui les rendent aveugles, alors que ce sont les filaires » (Entretien réalisé le 05/04/21 à Massangam). Il faut comprendre par ces propos que les perceptions des causes de la maladie continuent d'influencer les populations locales. Elles restent aujourd'hui inchangées et les populations ne prennent pas en compte l'importance des mesures préventives. À la vue de ces représentations sur les causes perçues par les populations sur la maladie elle-même, il est important de s'interroger sur la perception des populations de Fosset, Massangam et Kouoptamo sur l'onchocercose.

3.3.3.4. Perceptions des populations de Fosset, Massangam et Kouoptamo sur l'onchocercose

Les perceptions, les idées conçues, contribuent à influencer les comportements des populations face à la maladie. L'onchocercose chez les Bamoun, plus connu sous le nom de filaire est différemment perçue par les populations. Cette différence de perception va bien évidemment influencer sur l'adhésion ou la participation aux activités localement menées dans le cadre de la lutte contre la maladie. En réalité, les populations pensent que le Mectizan distribué lors des campagnes de couverture, de sensibilisation et de traitement de la maladie est même la cause de la maladie elle-même. Ils ont à l'idée que lorsque l'on a consommé le Mectizan, toutes les maladies et les maux inconnus apparaissent sur le corps des individus. Cette réaction est à l'origine de certains comportements réfractaires à la prise du seul médicament censé soigner l'onchocercose. Comme le dit cet informateur de Kouoptamo, *« quand j'avais pris le médicament, des boutons sont sortis partout sur moi et les enfants, et ça dérangeait donc moi ici jamais, même mes enfants on ne prend plus ces remèdes-là. »* (Entretien réalisé le 23/02/2020 à Kouoptamo). Ces propos sont soutenus par ceux d'un distributeur communautaire du village Fosset pour qui les différentes manifestations de la maladie apparaissent après la prise du Mectizan. Cette perception de la maladie et de ses causes est un facteur de refus comme le souligne notre informateur, un facteur de refus des traitements distribués.

Ils disent que c'est lorsqu'ils avalent le Mectizan que leur maladie se déclenche. Parce qu'il y a trop de refus, il y en a certaines personnes qui refusent parce que c'est au moment où ils prennent le Mectizan qu'ils voient apparaître beaucoup de maladies. Ce n'est pas seulement le Mectizan, même le vaccin qu'on injecte pendant les campagnes ici. Dès qu'on arrive chez certaines personnes ils n'en veulent pas (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

La maladie localement appelée filaire est perçue comme étant causée par le médicament censé la prévenir ou la guérir, l'Ivermectine étant connu pour avoir des effets secondaires

caractéristiques. De façon générale, l'onchocercose est considérée comme pouvant affecter la santé de la population. Les distributeurs communautaires rencontrés ont d'ailleurs souligné que l'onchocercose reste une maladie qui affecte gravement la santé des populations qui à travers les perceptions déjà évoquées, semblent ne pas toujours adhérer aux directives de traitement. La maladie est handicapante et influence fortement sur les activités du malade et son environnement familial. Cette perception de la maladie est bien valable dans les communautés de Fosset, Massangam et Kouoptamo. D'ailleurs les distributeurs communautaires le disent,

Chez moi je pense que c'est une maladie qui dérange trop les communautés. Puisqu'étant dans une zone rurale comme Massangam, où tout le monde fait l'agriculture, quand quelqu'un est déjà attaqué par l'oncho, moralement il devient un sujet insupportable pour la famille. D'un, il ne doit plus faire normalement ses champs, il ne peut plus vaquer à certaines de ses occupations, donc il devient une charge très difficile pour la famille (Entretien réalisé le 05/04/21 à Massangam).

Le malade est donc une charge pour la famille, un facteur d'empêchement aux activités socioéconomiques. Voilà ce qu'on retient des propos de cet informateur. D'autres informateurs soutiennent même que l'onchocercose peut aller jusqu'à la destruction de la communauté du fait de ses manifestations qui forcément ont un impact sur la mobilité et la vie sociale et culturelle des patients. C'est ce qu'explique ce distributeur de Kouoptamo :

Mais c'est une très mauvaise maladie, qui peut détruire toute une communauté. Lorsque vous êtes devenu malvoyant, lorsque vous avez les gonflements de pieds, même dans le couple ça joue. Qu'on soit chef de famille, ça joue également au niveau de la faiblesse sexuelle ! Lorsque on a l'onchocercose qui est développé à un niveau, on devient faible, on devient affaibli. (Entretien réalisé le 21/04/2020 à Kouoptamo).

Suivant ces perceptions, il est donc connu dans les communautés que l'onchocercose est une maladie qui affecte sérieusement la communauté et la vie sociale. Certains distributeurs avisés soutiennent que le Mectizan serait le seul médicament capable de venir à bout de la maladie. C'est ce que nous dit ce distributeur communautaire en essayant d'y apporter d'amples explications :

Moi je pense que cette maladie ne peut se soigner qu'avec le Mectizan, parce que si les gens laissent sans prendre le Mectizan, parce que le microbe filaire, doit être soigné pendant quinze ans (15 ans) pour qu'il meurt. Lorsque tu bois le Mectizan, ça part détruire la mère filaire dans l'organisme, on appelle ça le module (pour dire nodules), il y a un module où la mère filaire vient rester et lorsque tu avales le Mectizan ça va l'affaiblir et l'empêcher d'envoyer les microbes. Donc pour soigner cette maladie il faut distribuer le Mectizan aux gens. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset-Mawouon)

Comme on peut le constater, les perceptions et les connaissances sur l'onchocercose influencent sur le traitement distribué aux populations. Elles évoluent au fil du temps bien qu'à

des degrés différents et selon le niveau d'implication des personnes rencontrées. Pour les membres de la communauté, la maladie est due aux médicaments distribués et à l'environnement.

3.4. Activités socioculturelles en rapport à la persistance de l'Onchocercose

L'activité culturelle renvoie aux différentes occupations des populations locales. En réalité, dans le processus de recherche des facteurs culturels explicatifs de la persistance de l'onchocercose dans les communautés bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam, les activités des populations se sont présentées comme des éléments sur lesquels il fallait investiguer. En fait, dans ces communautés, les activités prédisposent à la maladie. Les activités socioculturelles du quotidien ont bien un rapport avec la maladie. Ainsi dans la majorité des cas soulignées par les personnes rencontrées, les activités des populations dans l'ensemble de ces communautés tournent autour de l'élevage, l'agriculture la chasse et la pêche. Ces activités de base alternent avec les autres activités socioculturelles mais restent les plus pratiquées au sein de la population. À Kouoptamo, les activités des populations se jouent entre le travail de bureau, les activités de transport et celles traditionnels sus évoqués. C'est ce que remarque d'ailleurs cet informateur :

Pour l'instant je suis enseignant (d'école coranique). Je fais les champs et je suis aussi conducteur de moto taxi. Ils font l'élevage, la culture maraichère et la culture des champs. Ils Travaillent au bord de l'eau ; c'est là-bas qu'ils font les cultures maraichères (FGD réalisé le 21/04/2020 à Kouoptamo).

On comprend dès lors que quelle que soit l'occupation des populations, les activités traditionnelles (l'agriculture, la pêche) restent la base des activités locales. Si à Kouoptamo les populations exercent des activités parallèles, il n'en n'est pas de même à Fosset et à Massangam où la population pratique essentiellement l'activité agricole et à laquelle se greffent la chasse et la pêche. En réalité, comme le disent les personnes rencontrées,

Les gens d'ici normalement il n'y a pas de fonctionnaires, ils vivent beaucoup plus des vivres frais, de l'agriculture. Et ils préfèrent même aller loin, parce qu'il y a les gens qui vendent la tomate ici même à 20 millions de francs. Ils louent les hectares, ils partent un peu loin à côté de l'eau pour cultiver. D'autres partent souvent et ils rentrent ici quand ils commencent la maladie ; ils disent là où ils étaient il y avait des choses là-bas qui piquaient. Donc c'est un peu ça. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset-Mawouon).

Selon ces informateurs, les populations dans leurs différents lieux d'activités agricoles rendent souvent compte de l'existence des piqûres d'insectes qui seraient à l'origine de leur état pathologique au sortir de ces lieux. Il est donc question ici de présenter ces différentes activités

et les implications sur la persistance de la maladie dans la communauté de Kouoptamo, Fosset et Massangam.

3.4.1. Agriculture, //fah Mansié//

L'agriculture, //fah Mansié// ou littéralement le *travail de la terre*, ainsi que les populations aiment à préciser, est l'activité la plus pratiquée dans les communautés. La majorité de la population des localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam en vit. Parler de l'agriculture dans l'identification des facteurs de persistance de l'onchocercose dans les communautés trouve son sens dans la mesure où elle se pratique dans des lieux spécifiques. En effet, l'agriculture en elle-même n'est pas un problème mais ce sont les lieux et les périodes de cette activité qui selon les données recueillies, influencent d'une manière ou d'une autre l'onchocercose. En effet, pendant les périodes agricoles, les populations se déplacent régulièrement dans des lieux spécifiques jugés favorables en fonction des cultures. Premièrement, les lieux d'activités agricoles les exposent en permanence à l'infection à l'onchocercose due aux piqûres des simules. C'est d'ailleurs ce qu'explique ce responsable de formation sanitaire de Fosset qui fait observer que régulièrement les populations se déplacent vers des zones arrosées par des cours d'eau pour l'activité agricole. Ces lieux regorgent de nombreux gîtes de vecteurs.

Tous les trois mois le village est vide. Il y a ceux qui vont à Baïgom, le marécage qui est à Baïgom à côté du NKOUP (fleuve) ce sont les gens d'ici qui vont travailler là-bas. Il y a les gens qui partent à Mâlanden (un village de Massangam), les autres vont à Mawouon, d'autres partent jusqu'à Mangoum (rives du fleuve Noun à Foubot). Celui qui est même ici il est parti jusqu'à Mawouon, il y a au moins quatre cours d'eau là-bas. Ce n'est pas loin d'ici, c'est à cinq kilomètres. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Tous les trois mois, le village est vide ! Voilà une explication de la non-participation ou participation irrégulière des populations aux campagnes thérapeutiques. Le village est régulièrement vide et les populations ne sont pas toujours présentes au moment de la distribution du Mectizan. Les lieux des activités agricoles (Baïgom près des rives du fleuve Nkoup dans l'arrondissement de Foubot, Mangoum proche des rives du fleuve Noun, Mawouon arrosé par plusieurs cours d'eau) qui ressortent des explications de cet informateur sont des espaces favorables aux piqûres des vecteurs. Ainsi l'agriculture maraîchère, principal mode agricole adapté à ces différents environnements, s'inscrit au rang des facteurs explicatifs de la persistance de la maladie dans les communautés.

Deuxièmement, les déplacements réguliers des populations impactent sur leur disposition ou leur disponibilité à recevoir le traitement pendant les campagnes de couverture thérapeutique qui surviennent parfois au moment où ces derniers sont en retrait vers les zones des activités

agricoles. À ce sujet, dans un entretien informel improvisé, dans un véhicule de transport lorsque nous nous rendions dans l'un des sites d'étude, un membre de la communauté de Massangam fait comprendre qu'il arrive que le recensement se fasse dans les communautés mais au moment du passage des distributeurs du Mectizan, les villageois sont absents parce qu'ils se déplacent pour les activités agricoles. En troisième lieu, le retour de ces agriculteurs dans la communauté après la période de culture favorise la transmission homme à homme puisque ceux-ci n'ayant pas été traités, portent toujours les germes de la maladie. L'exploration des lieux d'activité socioculturelle va permettre de comprendre en profondeur le rapport avec l'infection de ces populations par la simule, vecteur de l'onchocercose. Mais avant de revenir sur les lieux destinés aux activités et le rapport à la maladie, nous continuons d'explorer d'autres activités, celle de la pêche notamment.

3.4.2. Pêche

La pêche tout comme l'agriculture, est l'une des activités socioculturelles et économiques importantes pour les populations vivant dans les zones d'étude. Elle est fortement pratiquée dans les localités de Kouoptamo et Massangam. Les nombreux cours d'eaux dans lesquelles cette activité est pratiquée sont les lieux où ces populations s'exposent à la simule encore appelé mout-mout qui est le vecteur de la maladie. De nombreux cours d'eau comme le déclare cet informateur, se trouvent à Kouoptamo, « *Oui il y a le Mou, le Njoh, et le Noun. Partout dans ces zones c'est l'eau* », à Massangam,

Les villages sont construits aux abords des cours d'eau. Par exemple à Makouopsap, à côté du Njah et le Mbam, il y a des villages qui se situent dans l'île, Makouopsap est entre le Mbam et le Njah, le village Makakoun est à côté du Njah et du Mbam. Et le village Makouombi, Machatoum, c'est à côté du Mbam. (Entretien réalisé le 05/04/2020 à Massangam).

Les localités de Fosset, avec les multiples cours d'eau du village Mawouon, le fleuve Noun à Mangoum, le fleuve Mou et le Njoh à Kouoptamo et l'ensemble des villages de Massangam situés aux abords du Mbam et du Njah expliquent l'expansion de l'activité de pêche. On peut comprendre que la pêche soit également inscrite aux rangs des activités socioculturelles qui favorisent la persistance de l'onchocercose dans les communautés. En guise de conclusion, les deux principales activités socioéconomiques que sont l'agriculture maraîchère et la pêche de par leurs formes et les lieux où elles se pratiquent sont celles favorables à la propagation de la maladie et expliquent également sa persistance dans les communautés locales de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Hormis l'agriculture et la pêche,

favorables à la propagation du vecteur de l'onchocercose, qu'en est-il véritablement des lieux où s'exercent ces activités ?

3.4.3. Lieux des activités et exposition à la maladie ou au vecteur

Dans les localités de Kouoptamo, de Fosset et de Massangam, les activités agricoles se déroulent de plus en plus dans les zones propices à la contamination où l'on retrouve les vecteurs de l'onchocercose. Ces lieux sont le plus souvent proches des cours d'eau où les populations pratiquent généralement les cultures maraîchères. Au-delà de ces techniques agricoles spécifiques pour ces types de sols marécageux, caractéristiques des zones en bordure des cours d'eau, l'ensemble de ces localités est recouvert par de nombreux cours d'eau.

Dans la localité de Kouoptamo, plusieurs cours d'eau sont identifiés et les environs de ces derniers sont les lieux où les populations agricoles pratiquent leurs activités. Les zones marécageuses des cours d'eau les plus exploitées ici sont le *Mou*, le *Njoh* et le *Noun*. C'est d'ailleurs ce que fait savoir cet informateur du village Kouopjoh à Kouoptamo « *il y a le Mou, le Njoh, et le Noun. Partout dans ces zones c'est l'eau, même si tu ne fais pas les maraîchères tu travailles toujours là où il y a l'eau* » (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo). L'on comprend qu'il y a l'eau en permanence dans les surfaces agricole du fait de la proximité des grands fleuves dans la localité. Cette proximité rend compte de la présence permanente des simulies, vecteur de la maladie. Notre informateur continue en relevant la présence abondante des piqûres d'insectes : « *il y a beaucoup de moustiques, je suis déjà allé là-bas, il y en a beaucoup et même ceux qui sont invisibles mais qui laissent les traces de sang. Tu ne sens pas lorsqu'ils te piquent mais tu vois seulement que ton corps gratte* ». (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Cette affirmation, en plus la description sur la réalité de ce type d'environnement très fréquenté par les populations explique la présence permanente des simulies, vecteurs de l'onchocercose. Un autre informateur de la même localité renchérit en disant que la population dans sa grande majorité se nourrit de l'agriculture, et l'utilisation de ces terres agricoles alterne avec les saisons. En saison sèche les populations pratiquent les cultures maraîchères et lorsque les pluies reviennent elles sortent de ces zones d'intenses activités agricoles pour les zones moins inondées.

La majorité cultive la terre. Elle se nourrit de l'agriculture. Elle fait de petits jardins. Quand les pluies reviennent, les populations sortent des jardins pour les autres champs, dans les marécages au bord de l'eau, là où il y a les cours d'eau. (Entretien réalisé le 23/02/20 à Kouoptamo).

Les informateurs attestent de l'existence des piqûres et probablement celles des similies, vecteur par excellence de l'onchocercose de par les descriptions faites sur les piqûres. Les populations relèvent le caractère discret et surtout agressif de la piqûre. Cette agressivité physique permet à l'insecte d'inoculer le parasite dans le corps de l'individu agressé. Les informateurs le décrivent en ces termes ;

Il y en a beaucoup. Il y a les trucs qui piquent souvent trop là-bas comme les moustiques qui piquent et laissent des œdèmes parfois sur la peau. Ils sont silencieux, ils peuvent te piquer et c'est lorsqu'ils sont en train de quitter que tu t'en rends compte. Tu vois seulement un point de sang qui sort et tu comprends que tu as été piqué. C'est lorsqu'il quitte après avoir piqué que tu ressens la pique. (Entretien réalisé le 12/09/22 à Kouoptamo).

On comprend toute l'agressivité et la discrétion de la piqûre sur les populations qui s'aventurent dans les localités proches des cours d'eau. Seules les manifestations permettent de constater le passage du prédateur sur la peau. Pourtant pour survivre les populations de cette localité sont contraintes de retourner dans cet environnement en permanence pour leurs activités agricoles. Et comme le relèvent les informateurs de Kouoptamo, il n'existe pas de cours d'eau proches pour les populations qui pratiquent l'agriculture maraîchère. Celles-ci sont souvent contraintes à des déplacements à longue distance pour rejoindre les lieux de leurs activités et c'est probablement dans ces lieux qu'ils se font piquer par le vecteur de l'onchocercose.

Il n'y a pas d'eau ici à côté. Pour pratiquer les cultures maraîchères il faut aller vers Nkouopboum là-bas, ou bien vers Ngueu Mou (le Mou est l'un des fleuves qui arrose la localité de kouoptamo). C'est l'eau du fleuve Mou qui inonde et fait le marécage tout à côté où les populations cultivent. Avant que tu n'arrives au fleuve Mou il y a le lac, qui est constitué de plusieurs rivières qui viennent se retrouver et forment ce lac-là. De ce côté ici il y a des cours d'eau qui forment des chutes. Pour pratiquer les cultures maraîchères il faut faire un barrage pour que l'eau sorte rapidement pour ravitailler les champs (Entretien réalisé le 12/09/22 à Kouoptamo).

A Fosset, l'activité agricole est également intense au sein de la population. À la différence qu'ici, ces dernières se déplacent en saison sèche dans différents lieux pour mener leurs activités agricoles. Les personnels de santé rencontrés ici pensent que ce sont ces lieux dans lesquelles ils vont travailler en saison qui les exposent à la maladie.

Les populations d'ici vont faire leurs cultures dans les marécages. Par exemple en saison sèche, ils se déplacent vers les zones de marécages pour cultiver la tomate par exemple. Là-bas dans les lieux où ils se déplacent pour le travail, à Mawouon par exemple, ils disent qu'il y a les courants d'eau, il y a les chutes d'eau là-bas, et c'est ces cours d'eau-là, avec leurs chutes qui en saison sèche, peuvent aussi être une cause de la maladie parce qu'elles sont favorables pour la survie des similies. (Entretien réalisé le 16/09/22 à Fosset).

Les populations de Fosset vont non seulement dans les localités proches comme Mawouen mais également dans les zones encore plus reculées de leur village pour les activités agricoles. L'attrait de ces zones convoitées pour l'agriculture maraîchère est l'eau. Cette responsable de formation sanitaire présente les différentes zones.

Parce qu'ils parcourent même jusqu'à Mangoum où il y a le pont du Noun là, ils cultivent la tomate au bord là-bas, mais ils rentrent habiter ici. Tous les trois mois le village est vide. Il y a ceux qui vont à Baïgom, le marécage qui est à Baïgom à côté du NKOUP (fleuve) ce sont les gens d'ici qui vont travailler là-bas. Il y a les gens qui partent à Målanden (village de Massangam), les autres partent à Mawouon, d'autres partent jusqu'à Mangoum. Celui qui est même ici est parti depuis. Quand tu descends même à Mawouon, il y a au moins quatre cours d'eau là-bas. (Entretien réalisé le 16/09/22 à Fosset).

Nous avons dans la poursuite des objectifs de cette thèse essayé d'identifier les différentes zones ici présentées. Mangoum est un village au bord du fleuve Noun à la frontière entre le département de Noun et celui du Mifi dont le chef-lieu est Bafoussam. Baïgom, un village dans l'arrondissement de Foumbot, arrosé de part et d'autre par la rivière Nkoup. Bref, toutes ces localités de par leur attractivité agricole, drainent des niches de vecteurs qui inoculent en longueur de temps les populations agricoles qui s'y déplacent en saisons propices. Dans ces lieux, selon les déclarations des responsables de santé rencontrée, on trouve régulièrement des cas comme décrit ci-dessous : « On a trouvé un cas là-bas. Et aussi comme la majorité avec l'ignorance n'aiment pas se signaler quand ils souffrent d'un mal sauf si c'est toi qui insistes, ils se présentent. » (Entretien réalisé le 16/09/22 à Fosset). Ces cas qui se dissimulent au sein de la population du fait de l'ignorance sont souvent détectés lors des activités sanitaires dans les communautés. Le personnel rend compte en ces termes :

J'ai vu parce qu'au moment de la vaccination, ils ont les peaux là-bas, je dis les peaux de léopard là, il y a quelqu'un qui avait ça, mais il dit de le laisser tranquille, qu'il a ça depuis sa naissance. Et le genre de Keussàhnguieu, il y a ça aussi ici, c'est un type de filaire, il y a ça, on appelle ça en Bamoun Keussàhnguieu, ce sont les petits boutons noirs qui sortent et lorsque quelqu'un gratte, ça fait enfler les pieds. Il y a une femme là-bas elle a dit que c'est lorsqu'elle a pris le traitement des filaires indigènes qu'elle a été guérie. (Entretien réalisé le 16/09/22 à Fosset).

A la lecture de ces propos on se rend compte que les populations prennent elles-mêmes en charge leur filaire. De ce fait, ils refusent de se soumettre aux tests et préfèrent consommer les produits locaux pour soigner leur maladie.

Quand on demande de faire le screen test ils refusent ils disent qu'ils prennent leurs produits ils disent que non ils ne prennent pas les produits médicaux. En tout cas on est quand même encore en train de convaincre parce qu'il y a de cela un mois qu'on a

souligné ça mais depuis ils disent que non, ils se soulagent avec ses produits traditionnels. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Dans la localité de Massangam, la vie socioculturelle est également basée sur l'agriculture. Les populations exploitent les forêts, les savanes et les zones en bordure des cours d'eau pour leurs différentes activités agricoles. Notre DC de Manchu à Massangam souligne à cet effet que la culture de la tomate du maïs et du piment, la plus pratiquée se fait dans les zones proches des cours d'eau, les lieux où habitent les simulies. Voici ses déclarations,

Bon ! nous sommes en zone rurale, partout ici ce sont les zones de culture. Il y a les forêts et les savanes fertiles, il y a aussi les marécages. On fait du maïs dans les forêts et on obtient de vastes productions. Il y a également de la tomate qu'on fait dans les savanes et le piment qu'on fait dans les forêts. L'environnement est surtout favorable à la culture du maïs et de la tomate, puisque la tomate se fait généralement aux bords des cours d'eau, et c'est là où habitent les simulies. Le piment c'est au bord des cours d'eau aussi et même le maïs. Parce que à Mankare, un village de Massangam dans la plaine du Mbam, le maïs est intensivement cultivé, et c'est à proximité du Mbam, un grand cours d'eau, » (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Il continue en soulignant la présence de nombreux cours d'eau dans la localité, notamment la pleine du Mbam, une zone suffisamment arrosée par le fleuve Mbam qui sépare Massangam de la localité de Bafia très connue pour la forte prévalence de l'onchocercose et les maladies éponymes. Les cours d'eau ainsi identifiés pour leur caractère attractif et favorable à l'activité agricole sont énumérés ainsi qu'il suit selon notre enquêté :

Il y a le Mbam, il y a le Njah, il y a le Moun et le Nchi, des cours d'eau à grande potentialité. Ce sont les trois qui nous entourent ici. Le Moun, le Njah et le Nchi ! ce sont les plus grands cours d'eau qui nous entourent ici le Nchi, à Malantouen le Nkeuh est là. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Notre informateur se donne également la peine d'énumérer ces villages à fort risque d'onchocercose due à la présence de ces cours d'eau : Le village Makoupsap qui est proche des fleuves Mbam et Nja, le village Makakoun, proche des mêmes fleuves. Il en dit :

Oui les villages sont parsemés aux abords. Par exemple à Makouopsap, à côté du Njah et le Mbam, il y a des villages qui se situent dans l'île, Makouopsap est entre le Mbam et le Njah, le village Makakoun est à côté du Njah et du Mbam. Et le village Makouombi, Machatoum, c'est à côté du Mbam. » (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Il est donc clair que l'environnement dans lequel les populations vivent et exercent leurs activités sont plutôt favorables à une exposition au vecteur de l'onchocercose. L'exploration de l'environnement, les entretiens et les observations empiriques ont permis d'observer la présence de nombreux cours d'eau qui constituent les lieux d'habitat des vecteurs. À titre de rappel, le parasite de l'onchocercose est transmis à l'homme par la piqûre des mouches noires qui se reproduisent dans les cours d'eaux. Dans les localités concernées, les régions proches de ces

cours d'eaux présentent une fertilité manifeste et attestée par les populations qui n'hésitent pas à y développer des activités agricoles en temps opportun. Ces lieux de par la fertilité des sols et l'opportunité qu'ils offrent entre les saisons agricoles, attirent cette population essentiellement agricole. Les activités agricoles, notamment la culture maraîchère est pratiquée aux abords de ces cours d'eaux. Autre fait, évocateur est que les populations se déplacent pendant les saisons agricoles pour ces lieux où ils exercent et ne retournent qu'après les récoltes. Il est donc évident que la principale activité culturelle notamment l'agriculture et les lieux de pratique de cette activité favorisent l'exposition continue au vecteur et par conséquent rend compte de l'existence perpétuelle de la maladie dans les communautés. La morbidité liée à l'onchocercose est donc récurrente au sein de la communauté. Il est évident que les gens développent des stratégies pour des soins à l'intérieur de la communauté.

3.5. Prise en charge de l'onchocercose dans les communautés

Parler de prise en charge de l'onchocercose dans les communautés revient à décrire comment les populations font lorsqu'elles font face à la maladie. Les stratégies locales de prise en charge de l'onchocercose dans les communautés bamoun concernées sont fonction des connaissances et des perceptions des populations sur l'étiologie de la maladie et des différentes manifestations. Selon les données, les manifestations de la maladie sont localement connues sous plusieurs noms. Cette pluralité nominale liée à la pluralité de manifestations rend compte de la pluralité des soins administrés localement. Il est cependant important de signaler que les populations de Kouoptamo, Fosset et Massangam, bien que connaissant le Mectizan, restent ancrés dans les pratiques traditionnelles de santé. Les exemples suivants feront ressortir quelques facteurs qui expliquent la faible ou la non adhésion de ces populations aux campagnes de santé liée à la lutte contre l'onchocercose. Parler d'adhésion ici renvoie à la réception et à la consommation du Mectizan.

Pour certaines manifestations l'idée sur la cause de la maladie détermine le choix thérapeutique par la victime ; c'est l'exemple de l'éléphantiasis communément appelé *gonflement des pieds* en langue locale. Pour ce cas, selon la communauté, la seule cause possible serait mystique. En effet comme l'ont attesté les informateurs, l'éléphantiasis serait la cause d'une personne malfaisante qui aurait décidé de semer le mal en versant un remède au passage de la victime. Il se dit communément dans la communauté et en langue locale, '*peuh nouh Yem Neuh Ma*' (on m'a versé quelque chose, on m'a versé les remèdes et je suis passé dessus). C'est d'ailleurs ce que nous explique notre DC de Manchu, un village dans la communauté de Massangam :

L'éléphantiasis, ici quand quelqu'un en est atteint, il parle qu'on lui a mis les remèdes et ses pieds sont gonflés. Oui on dit 'peuh nouh Yem Neuh Ma' (on m'a versé quelque chose) ; pourtant la chose qu'on verse à quelqu'un est différente des filaires qui font gonfler les pieds. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

On comprend à travers ce propos que l'éléphantiasis ou gonflement des pieds n'est pas nouvellement connue dans la communauté, bien qu'aujourd'hui avec l'avancée des connaissances sur les Maladies Tropicales Négligées, de telles manifestations soient liées à l'onchocercose ou à une exposition à la piqure des simuliés, et par conséquent à la présence des microfilaires dans le corps, les populations dans leurs mentalités culturelles n'adhèrent pas toujours à cette réalité nouvelle. Pour eux l'éléphantiasis n'est rien d'autre qu'une maladie mystique due à un individu maléfique. Cet ordre de perception et de représentation de l'éléphantiasis est commun à l'ensemble des communautés impliquées dans cette recherche et probablement dans l'ensemble des localités du Noun, puisque partageant les mêmes réalités sociolinguistiques et culturelles.

Dans la communauté de Kouoptamo, les populations ne trouvent aucun rapport entre l'éléphantiasis et l'onchocercose. Ici également, elle est due à une cause mystique et le seul traitement possible est d'utiliser la pharmacopée traditionnelle. En réalité comme le souligne les distributeurs communautaires et membres de la communauté, les personnes victimes ne connaissent pas que cela est l'une des manifestations de l'onchocercose. Et cette méconnaissance pousse ces dernières à l'utilisation des médecines traditionnelles. Les propos de notre informateur montrent à suffisance la préférence des populations pour le traitement traditionnel de cette manifestation de l'onchocercose. Ce choix thérapeutique qui est bien évidemment motivé par la perception et les idées construites autour de l'étiologie. Il le déclare en effet,

J'ai dit, quand il a par exemple le gonflement des pieds, il ne sait pas que c'est l'onchocercose, voilà le problème, il ne sait pas. Et c'est comme ça qu'il va utiliser les produits traditionnels. Il ne sait pas que c'est l'onchocercose et qu'il doit aller à l'hôpital. Il y a les gens qui traitent ! J'ai dans une communauté une personne qui a cette maladie. Je pense qu'il ne fait pas de soins à l'hôpital, il fait dans les remèdes traditionnels. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Les propos de cet informateur révèlent également l'existence dans les communautés des personnes connues par leur capacité à administrer des traitements et les membres de la communauté utilisent exclusivement ces soins pour le traitement de l'éléphantiasis dont ils sont victimes.

Au-delà de la prise en charge traditionnelle de ces manifestations atypiques de l'onchocercose au travers du pied d'éléphant, la maladie en général, dans sa globalité est localement prise en charge par des traitements traditionnels et les populations y adhèrent. Dans leur composition thérapeutique, les traitants utilisent des racines que l'on porte à ébullition pour ensuite faire boire la décoction au malade. Ce membre de la communauté de Manchu à Massangam nous explique : « *Non pour traiter les filaires ici, on cuit certaines racines de certains arbres, on parvient à faire boire, surtout quand ça fait les démangeaisons, ça gratte, traditionnellement on cuit les feuilles et les gens boivent* » (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Cette même réalité est connue à Fosset. Ici pour le problème de cécité due aux filaires qui attaquent la vue et naturellement liée à l'onchocercose, les populations utilisent ces traitements traditionnels et attestent de l'efficacité de ces derniers pour la clarté de leur vision atteinte par les filaires. Le témoignage de ce membre de la communauté de Fosset évoque cet état de chose : « *On soigne avec les remèdes traditionnels, on soigne ça bien ! la seule chose est que lorsque tu prends leur remède, tu ne sais pas si ça a vraiment traité ou non, sauf quand ça m'avait déjà attaqué et à la fin mes yeux sont clairs.* » (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Au vu de ces différentes explications sur le pouvoir guérisseur de la pharmacopée traditionnelle sur l'onchocercose et ses symptômes, notamment l'usage des racines et autres ingrédients de la nature, la véritable question est de savoir si effectivement les filaires, ces démangeaisons qui attaquent la vue des populations peuvent complètement trouver guérison avec les soins traditionnels locaux. La réponse reste affirmative et les explications des membres de la communauté de Kouoptamo en rendent compte. L'un des membres explique en effet,

Les filaires sont les microbes dans le corps de quelqu'un. Je peux dire qu'on soigne le filaire. Parce que lorsque c'est mature sur toi et lorsque ça sort sur la peau, ça fait des plaques et ça devient chronique, donc je peux dire qu'on soigne les filaires. Et ça se soigne par les remèdes traditionnels. On prépare ce remède que le malade doit boire. Il y a des gens qui soignent, ce n'est pas un à peu près. Quand tu as la maladie et que tu demandes à un frère, il va t'indiquer où aller pour te soigner. On va te préparer le remède et tu vas boire et tu vas comprendre que la personne soigne véritablement. La femme de mon oncle soigne les filaires. Elle distribue le Mectizan. Ils ont même fait une formation lorsque le maire Gnamsi était encore là, les gens quittaient de loin pour venir faire la formation ici mais elle soigne avec les remèdes traditionnels » (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

À lire ces propos, on comprend que l'informateur sait bien de quoi il est question. Comme il explique, décrivant le procédé de préparation thérapeutique, il atteste qu'il existe des traitements traditionnels disponibles chez des personnes connues de la communauté et par qui

les malades s'approvisionnent en cas de besoins. Autre élément à retenir dans ce propos est que « *La femme de mon oncle soigne les filaires, elle distribue le Mectizan* ». Cette affirmation de l'existence des distributeurs de Mectizan qui possèdent des formules thérapeutiques traditionnelles contre l'onchocercose et n'hésitent pas à en faire recours est fort évocateur. En effet les distributeurs communautaires entre autres sont ceux celui qui dans la communauté sont chargés de faire la promotion du Mectizan reconnu jusqu'ici comme la seule solution dans la lutte contre l'onchocercose. Nous avons pensé cela impossible mais dans la suite des investigations, il nous a été donné de nous rendre compte qu'effectivement certains spécialistes dans le traitement traditionnel de la cécité des rivières dans les communautés sont également des distributeurs, c'est-à-dire des personnes choisies pour faire la promotion du Mectizan et de le distribuer aux populations pour lutter contre l'onchocercose. Le distributeur communautaire rencontré dans la communauté de Fosset atteste avoir à plusieurs reprises administré avec succès des traitements traditionnels pour soigner les filaires et par conséquent l'onchocercose. Il affirme d'ailleurs :

Il y a les gens qui font le remède traditionnel pour soigner les filaires. Par exemple moi-même j'ai le remède traditionnel pour les filaires. Mais les gens ne connaissent pas encore que j'ai ce remède. J'ai préparé ça à une personne à qui je donnais aussi le Mectizan. Il boit souvent le Mectizan et il se plaint toujours des filaires mais depuis que je lui ai fait mon remède traditionnel, c'est aller lui retirer tous les filaires dans son ventre et il est revenu me dire que depuis qu'il a bu ça, les filaires ne le dérangent plus, ses yeux qui grattaient souvent ne grattent plus. » C'est efficace ! la personne à qui j'ai donné deux bidons dernièrement par exemple, elle est revenue dire que ça l'avait soigné. L'eau sale qui reste dans son corps et fait gratter ses yeux, c'est aller retirer toute cette eau et ça l'avait vraiment aidé. Parce que la façon dont son corps faisait avec les filaires a vraiment diminué. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Ce qui est curieux dans ces affirmations n'est pas trop le fait de traiter l'onchocercose par des méthodes traditionnelles, mais en réalité, gardant à l'esprit l'objectif de cette thèse qui est entre autres celui d'identifier les facteurs culturels explicatifs de la persistance de l'onchocercose dans les communautés bamoun, il a été opportun de se rendre compte et de se demander le devenir des médicaments remis à ces distributeurs lors des campagnes thérapeutiques. Avant de parvenir à cette question, il faut retenir avec les informateurs que les populations adhèrent facilement aux produits traditionnels proposés pour le traitement de l'onchocercose (filaires) qu'au Mectizan qui est proposé gracieusement comme l'atteste cet autre informateur :

Il y en a quand même ! Vous savez que, il y en a ! On les connaît. La remarque que je fais est que quand on parle d'un produit traditionnel pour telle maladie, il n'y a personne qui va refuser ! Mais quand on dit que c'est plutôt le Mectizan c'est là où on commence à se

poser les questions ! Donc c'est pour dire que les gens sont beaucoup plus intéressés par le traitement traditionnel des filaires, ils sont beaucoup plus intéressés parce qu'ils savent qu'auparavant quand il n'y avait pas le Mectizan, ils se servaient de ça donc ils ne vont pas abandonner ça comme ça facilement, ils n'abandonnent pas encore et le souci est que ces remèdes marchent. (Entretien réalisé le 23/04/20 à Kouoptamo).

En réalité, à lire ces propos, les populations s'interrogent sur la distribution du Mectizan, certainement du fait de son caractère nouveau dans les comportements thérapeutiques, mais de toute évidence surtout du fait de sa gratuité. La peur de la gratuité dans les programmes de santé qu'évoquent Ndonko T. F. (2000) et Ngo Likeng J. (2013) refait surface ici. En effet, selon ces auteurs, les populations de par les représentations et les idées construites autour des médicaments et des vaccins gracieusement distribués, développent un sentiment de crainte et de méfiance face à ces dons à vocation sanitaire. Et ce distributeur communautaire précise bien que la population bamoun a plus confiance à son propre modèle thérapeutique qui selon les autorités sanitaires n'est pas toujours efficace dans la lutte contre l'onchocercose.

Continuant à creuser dans la communauté, les réactions thérapeutiques face à la survenue de la maladie, on se rend également compte que les populations de par les expériences quotidiennes expliquent leur vécu. Au-delà des récits sur ce qui est vu ou entendu, les personnes rencontrées ont elles-mêmes fait l'expérience de la maladie et des soins à base des racines locales lorsqu'elles ont été confrontées à un épisode de la maladie ou des manifestations de l'onchocercose. Dans son récit, ce membre de la communauté de Kouoptamo raconte son expérience :

Moi-même je suis avec, j'ai ça, ce sont les filaires que j'ai là. C'était déjà un microbe, ça faisait un peu de bouton comme ça, et lorsque je me grattais ça s'augmentait dans tout le corps, et en plus en même temps les yeux ne voyaient pas clairement, et j'ai traité à l'indigène. C'est fini. Il reste seulement les traces sur la peau. Lorsque je prenais le Mectizan ça faisait gratter mon corps, alors que les boutons n'étaient pas sortis sur moi. Et le grand matin mon corps grattait beaucoup. Mais finalement lorsque j'ai pris les remèdes traditionnels et ça a calmé et je ne ressens plus rien. (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Cet autre témoignage rend compte de l'influence sur l'utilisation du Mectizan pour le traitement de l'onchocercose dans les communautés bamoun. Sans vouloir prendre le contre-pied par rapport à l'efficacité des traitements traditionnels dans le traitement de certaines maladies tropicales connues, il faut dire que la décision de l'Organisation Mondiale de la Santé d'instituer la distribution du Mectizan pour le traitement en masse de l'onchocercose est jusqu'à nos jours celui qui a des effets positifs sur cette maladie. Les distributeurs ayant longtemps pris part à la couverture thérapeutique de l'Ivermectine témoignent de son impact positif dans la réduction

de cette maladie dans la communauté. Certains plus astucieux ont souvent pris la peine d'observer les divers changements au fil des années. Notre informateur de Kouoptamo nous en dit.

Mais pour le moment ceux qui ont eu à prendre le Mectizan, ont confiance au Mectizan. Et je dois vous dire qu'en tant que distributeur communautaire, ceux qui ont refusé dès le début, je les avais classés comme élément là où, c'est-à-dire ils étaient classés comme pour moi, moi je les ai dans ma communauté, je les ai classés comme élément de répertoire c'est-à-dire pour voir exactement si le Mectizan traite l'onchocercose. Et je dois vous dire que j'ai vu ceux-là quand, il y a de cela quelques mois qui partent à l'hôpital, n'ayant pas d'autres issues possibles pour le traitement, ils sont à un niveau avancé de la malvoyance et c'est maintenant qu'ils me demandent que je leur donne ça maintenant, or auparavant ils refusaient. [Insuffisance de la sensibilisation autour de l'onchocercose et du traitement !] (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Au regard de ce récit, on retient que des personnes qui au départ des campagnes de distribution ont refusé le traitement s'y soumettent après s'être rendues compte de la dégradation de leur situation sanitaire et dont la cause est l'onchocercose. Ceci est la preuve de l'efficacité de l'Ivermectine sur la réduction de l'onchocercose et de ses différentes manifestations au sein des communautés culturelles bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam.

Il était donc question ici de présenter les stratégies locales pour venir à bout de la maladie. De l'utilisation de la médecine traditionnelle locale dans la prise en charge des manifestations de l'onchocercose à l'utilisation de l'Ivermectine, on a pu se rendre compte que les populations semblent plus ancrées dans l'usage traditionnel des médicaments qu'à l'utilisation du Mectizan pour cet objectif. On s'est également rendu compte de ce que le Mectizan connu des populations ne faisant pas partie des réalités culturelles en matière de traitement des maladies semble être un facteur refus. Ce facteur de refus va faire l'objet d'approfondissement.

Conclusion

Ce chapitre était consacré à la description des perceptions des populations en rapport avec la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Il a permis de mettre en évidence les connaissances sur la maladie, la dénomination locale de l'onchocercose, les activités culturelles en rapport avec la résistance de l'onchocercose au sein des communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, les connaissances et les perceptions autour de l'étiologie, les manifestations et la prise en charge de l'onchocercose dans les communautés. On retient de ce chapitre que le niveau de connaissance de la maladie est assez faible chez certains agents de santé et beaucoup plus chez les distributeurs, principaux acteurs

de la couverture thérapeutique. Les activités socioéconomiques contribuent à la persistance de la maladie de par les lieux où elles se pratiquent. La maladie est connue par les populations à partir de la présence régulière des activités communautaires de sensibilisation et de distribution de masse. Seulement, dans leurs perceptions de la maladie, les membres des communautés attribuent plusieurs causes à la maladie, lesquelles généralement dues à un facteur individuel ou maléfique, influencent les itinéraires thérapeutiques et la prise en charge de la maladie. Par ailleurs, les populations sont plus ancrées dans l'usage traditionnel des médicaments qu'à l'utilisation du Mectizan. Ces facteurs de refus vont être abordés dans le prochain titre qui traite de la prévention de l'onchocercose.

CHAPITRE 4
PRÉVENTION DE L'ONCHOCERCOSE DANS
LES COMMUNAUTÉS BAMOUN DE FOSSET,
KOUOPTAMO ET MASSANGAM

Introduction

Le présent chapitre aborde la mise en œuvre des activités de prévention de l'onchocercose dans les communautés bamoun concernées par cette thèse. Cette mise en œuvre de la lutte contre l'onchocercose au Cameroun passe par les campagnes de distribution de masse du Mectizan. Les campagnes de chimioprévention de l'onchocercose sont organisées chaque année depuis 1989, année à laquelle l'Ivermectine a été introduite, suite à la donation des laboratoires Merck et CO. Au vu de l'efficacité de ce nouveau médicament, le programme africain de lutte contre l'onchocercose a fixé ses objectifs d'élimination de la maladie à travers les campagnes de distribution de masse. En réalité, les populations vivantes dans les zones à risque devraient se soumettre à consommer annuellement ce médicament pendant au moins une durée de 15 ans pour qu'on puisse atteindre l'objectif d'élimination de la maladie. Le présent chapitre vient donc décrire les différentes activités liées à l'implémentation de ces campagnes de distribution de masse dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. L'objectif étant d'identifier les différents goulots d'étranglements liés à cette mise en œuvre et que l'on associerait à la persistance de la maladie. Il aura donc pour principales articulations : les Campagnes de distribution de masse de Mectizan, l'organisation des campagnes annuelles de distribution masse de Mectizan, le déroulement des campagnes thérapeutiques dans les communautés et la gestion du programme onchocercose, l'application des instructions officielles de distribution et de consommation du Mectizan, la gestion du programme communautaire de Mectizan, la couverture de la campagne de distribution du Mectizan entre théorie et réalité de terrain et la gestion des données régionales de l'onchocercose.

4.1. Campagnes de distribution de masse du Mectizan

Les campagnes de distribution de masse du Mectizan font partie des activités phares dans la lutte contre l'onchocercose. Dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, elles s'organisent chaque année. Il sera question ici de décrire les différents processus de cette activité. Il importe cependant d'interroger l'historique de la distribution de masse du Mectizan dans ces communautés.

4.1.1. Historique des campagnes de masse dans les communautés

Revoir dans l'histoire des campagnes de masse dans les communautés revient à voir avec les membres de ces communautés la chronologie de la distribution communautaire et essayer de vérifier si les signes de l'évolution ou les améliorations sont perceptibles depuis le début des premières campagnes. Dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, selon les

informateurs, les campagnes thérapeutiques dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose existent depuis les années 1998. En réalité, nous avons eu l'occasion à plusieurs reprises d'interroger d'anciens Distributeurs Communautaires ayant mené les activités dès le lancement des premières campagnes de couverture de masse du Mectizan dans les communautés. C'est l'exemple de ce distributeur de Massangam qui nous situe sur la période des premières campagnes de distributions de masse :

Nous sommes les premiers distributeurs communautaires, c'est vers les 1998, oui les années 1998. Nous étions ici à deux avec monsieur Ngoupayou Mama qui est ex-maire de la commune de Massangam, parce que on se partageait l'arrondissement, je prenais la zone de Mangnah, il partait dans le groupement de Manchah, il allait aussi au village mambain qui est proche. Quand on finit les deux groupements, nous venions nous retrouver dans le groupement de Feuyouom qui est Massangam centre avec ses onze villages. (Entretien réalisé le 04/05/18 à Massangam).

Ce distributeur communautaire se remémore son implication pendant les premières campagnes de distribution de Mectizan dans sa localité. Cependant, il faut dire qu'avant les années 1998, les populations de ces localités connaissaient déjà les activités liées à la lutte contre l'onchocercose. D'aucuns ont affirmé avoir été traités à la notésine bien avant l'introduction de l'Ivermectine des années 1998. De nos jours, on constate une réduction des cas au sein de la communauté. Les différentes personnes rencontrées nous ont rendu témoignage :

Nous avons commencé ce traitement de masse du Mectizan en 1998. Mais moi c'est en 2000 que j'ai participé pour la première fois. Aujourd'hui nous-nous rendons compte que les signes physiques que présentaient les personnes souffrantes de l'onchocercose ont beaucoup diminué dans la communauté, parce qu'on recevait les malades avec des lésions de la peau, les nodules sur la peau, et beaucoup qui étaient aveugles, on ne les voit plus aujourd'hui. Ceux qui étaient aveugles sont morts. Je ne dis pas que le Mectizan traite l'aveugle ou l'état d'aveuglement, mais ceux qui étaient avec sont morts et il n'y a plus eu de nouveaux aveugles. Ça veut dire que le Mectizan a eu un effet très-très positif dans la société. Donc ça c'est un constat vraiment qui est très positif dans cette prise en charge de masse de la communauté par le Mectizan. (Entretien réalisé le 07/05/18 à Fosset).

De ces propos, il faut retenir que les campagnes thérapeutiques avec la distribution du Mectizan, avec les années ont eu un impact et les résultats positifs sont observables. De moins en moins, les personnes atteintes de la cécité n'existent plus dans la communauté. Pour ce responsable de formation sanitaire, cela est forcément dû à la prise du Mectizan. Plusieurs témoignages ont été enregistrés dans le même sens et les responsables n'hésitent pas à affirmer dans les communautés que très peu de personnes aujourd'hui refusent le Mectizan. C'est l'exemple de cet informateur qui participe aux activités depuis 2014 :

Bon moi je suis arrivé dans l'aire de santé en 2014 et pour distribuer ça ce n'était pas facile, mais maintenant ils adhèrent facilement. J'ai les archives là-bas même de 2009. On partageait déjà depuis dans l'aire de santé, seulement qu'il n'y avait pas un centre quand même ici en haut. Donc on commençait là-bas en bas pour partager, c'est un peu ça. Mais maintenant on peut dire que ceux qui refusent encore là sont à une marge très minime. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

La distribution du médicament a également subi des modifications sur le plan méthodologique. Comme l'expliquent les populations rencontrées, les membres de la communauté devaient recevoir le médicament contre une somme d'argent qui était redistribuée aux Distributeurs Communautaires. Seulement cette approche de l'implication de la communauté présentait quelques manquements au niveau de la couverture chez les enfants et dans de nombreuses familles, d'où la gratuité à nos jours de la distribution du Mectizan avec l'implication des partenaires de développement et organisations humanitaires. Les propos de ce responsable de formation sanitaire sont évocateurs de cette évolution. Il soutient qu'au départ la distribution se faisait moyennant une somme de cent francs cfa. Cependant, cette approche ne permettait pas de couvrir les personnes incapables de déboursier cette somme, à l'instar des enfants. La sommes d'argent exigée aussi minime soit-elle ne permettait pas à tout le monde d'obtenir son médicament. L'argent ainsi collecté était utilisé pour motiver les Distributeurs Communautaires. Cette forme de collecte de fond, pour une raison ou pour une autre a été interdite. L'important à comprendre dans ces propos est la chronologie dans les pratiques de couverture thérapeutique pendant les campagnes de masse. Notre informateur s'exprime en ces termes,

La campagne avait commencé dans son début, je n'étais pas encore ici, le Mectizan était donc donné aux personnes contre une somme d'argent, cent francs. À un moment donné on a évalué, on s'est rendu compte que les parents s'intéressaient à eux seulement. Quand il a donné ses cent francs, il prend son médicament ; la mère a donné ses cent francs, elle prend son médicament, les enfants, ils les négligeaient. On a donc dit que les jeunes vont payer dix francs et les adultes cent francs. C'était comme ça ; cet argent était utilisé pour encourager les DC. Ces Distributeurs se réjouissaient de cet argent et faisaient le travail. Mais seulement on se rend compte que les parents s'intéressaient plutôt à eux-mêmes. Un papa qui a plusieurs femmes et plusieurs enfants, ce n'est pas facile pour lui de sortir cent francs pour prévenir une maladie pour chaque enfant. Il peut sortir cinq mille, dix mille pour soigner le paludisme, mais quand on parle de prévention là lui il néglige. À un moment donné, on a donc dit que l'État a commencé à financer via certains organismes financés pour payer les DC. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

L'existence des campagnes de couverture est bien lointaine et les résultats sont observables avec le temps avec quelques modifications méthodologiques et stratégiques. Peut-on dire que c'est vraiment pareil avec la prise du Mectizan dans la communauté ? Des responsables de formation sanitaire attestent de l'existence d'un faible nombre de personnes

encore réticentes à la campagne de distribution du Mectizan. Les données empiriques et la persistance de la maladie aujourd'hui sont une réalité qui semble ramer à contre-courant aux objectifs de l'élimination de l'onchocercose. Les distributeurs de par les formations reçues expriment leurs connaissances et leur perception sur la maladie et ses différents impacts socioéconomiques. Il faut conclure que les premières campagnes de couverture du Mectizan impliquant les Distributeurs Communautaires dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam ont été effectives à partir des années 1998. Lorsqu'on se réfère à la littérature sur les événements marquants l'introduction de ce médicament dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, on se rend compte que cette période correspond à la période de l'introduction de l'approche TIDC. C'est donc le lieu de s'interroger sur l'historique social et la consommation du Mectizan par les populations.

4.1.2. Historique social de la consommation du Mectizan

Parler de l'historique social de la consommation du Mectizan revient à présenter la durée d'exposition ou de la participation des communautés aux campagnes de distribution dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose. En réalité, les campagnes de lutte ayant subi des évolutions et remodelages avec le temps, il est question ici de comprendre le niveau d'expérience des communautés. Il est également question de situer les communautés dans l'espace et le temps pour comprendre l'évolution des perceptions et les modifications observées au niveau de la connaissance de la maladie, de sa cause et de son traitement. Ainsi, dans les communautés, la durée de participation ou de consommation du Mectizan par les populations est assez longue. L'analyse des propos de certains informateurs renseigne ainsi sur l'existence lointaine des campagnes de lutte dans les communautés.

Avant on soignait avec la notésine, et quand tu le prenais, ton corps grattait encore plus et ensuite tu étais fatigué et on te donnait ce qu'on appelait Fénégan pour que ça te permette de dormir de sorte que tu ne ressenties plus cela. Maintenant on a supprimé la notésine, on dit que c'est devenu toxique et c'est le Mectizan qu'on donne à la place. Et avec le Mectizan ça donne, c'est efficace. (Entretien réalisé le 15/09/22 à Fosset).

On comprend avec cet informateur que des modifications ont souvent été apportées quant au traitement de l'onchocercose. Il souligne que le passage de la notésine au Mectizan pourrait être lié au fait que la notésine présentait des effets néfastes. Ce point de vue n'est pas éloigné de celui de cet autre informateur qui pense que les croyances des populations par rapport aux causes et manifestations aujourd'hui liées à l'onchocercose ont changé avec le temps. Pour ce dernier, plusieurs pensées et perceptions de la maladie et ses différentes manifestations ont évolué avec le temps. Un distributeur communautaire de kouoptamo précise :

Auparavant franchement, moi je vous dis qu'il y avait tout un tas de problèmes. Mais maintenant la prise du Mectizan a quand même réduit ces pensées-là, « je suis aveugle c'est parce que c'est mon oncle », regardez ! on parle même au niveau de l'oncle, qu'il a rendu son neveu aveugle, il y avait tout un tas de problèmes. Même le gonflement des pieds toujours lié à ça, mais c'est ça qui reste parce que c'est le sort qu'on a lancé, les gens ne maîtrisent pas tellement que tous ces ganglions, tous cela c'est l'onchocercose. Donc il y a effectivement des gens qui savent que les pieds qui gonflent-là c'est qu'on a lancé ça et pour le traitement ils vont à l'indigène. (Entretien réalisé le 12/09/22 à Kouoptamo).

D'autres, pour se situer dans l'historique de leurs participations aux campagnes et par ricochet à la consommation du Mectizan, situent leur participation aux campagnes à l'époque de la petite enfance. Cette durée selon des informateurs varie entre 6 et 25 ans. Un informateur du quartier Kouopjoh dans la communauté de Kouoptamo tente d'expliquer les différents mécanismes de suivi des personnes qui souscrivaient à la campagne. Situant les premières campagnes dans les années 1995, il en dit :

Moi j'ai commencé à prendre le Mectizan je faisais le cours élémentaire. Il y avait de petits carnets pour le suivi. On y inscrivait la dose et l'année, bref chaque année, on marquait sur ton carnet. J'avais commencé, je prenais chaque après une année et après c'est devenu deux fois par an et maintenant c'est tous les trois mois. J'étais au cours élémentaire deux, la première fois, depuis 1995 qu'on distribue on le fait toujours jusqu'aujourd'hui. On disait que ça lutte contre l'onchocercose comme les filaires et les démangeaisons ainsi de suite. C'est ce qu'on nous disait en ce temps-là et nous avons compris comme ça et moi je ne rate pas une année pour prendre (FGD réalisé le 21/04/2020 à Kouoptamo).

Selon ses propos, les premières campagnes de distribution du Mectizan étaient contrôlées à partir des carnets dans lesquels il était notifié la dose et la date de la prise de chaque bénéficiaire. On peut comprendre dans ces propos la multiplication des campagnes de masse jusqu'à trois fois par ans. Le plus important à retenir c'est l'envergure des actions de lutte mises en œuvre dans la communauté. Malgré ces différentes évolutions et modifications dans les stratégies au niveau local, la maladie persiste toujours. Ce regard sur l'historique de la lutte contre l'onchocercose à travers les campagnes de distribution du Mectizan permet de se situer sur la familiarisation des populations non seulement avec la maladie mais surtout avec le Mectizan et les campagnes qui semblent perdre progressivement leur envergure au fil des années. C'est le lieu de s'interroger sur la mise en œuvre des campagnes dans les communautés.

4.2. Organisation des campagnes annuelles de distribution de masse du Mectizan

La stratégie nationale de lutte contre l'onchocercose au Cameroun est le TIDC. Elle s'applique une fois par an dans les communautés de Fosset, de Kouoptamo et de Massangam. Cette stratégie mise sur pied par APOC, appelée Traitement à l'Ivermectine sous Directive

Communautaire, renseigne que les gens prennent la directive du traitement de leur propre communauté, autrement dit, ce sont des acteurs choisis dans la communauté et respectant des critères définis qui vont faire le travail de distribution de l'Ivermectine pour préserver la santé de la communauté contre l'onchocercose. Cette stratégie, d'une certaine façon vise à impliquer les leaders locaux et par là leur communauté. Elle est conçue pour s'adapter en fonction du contexte social et culturelle des groupes dans lesquels elle s'applique. Un informateur au niveau de la coordination du programme explique que :

Dans tous les cas ça ne peut pas être la même chose, il y a toujours les habitudes locales, il y a des villages qui sont tellement bien organisés et les comités de développement apportent quelque chose pour les DC. Il y a les villages où le chef même, quand vous descendez, est tellement impliqué qu'il maîtrise tous les DC de sa communauté. Ce sont des réalités qui sont même dans toute la région de l'Ouest mais ce n'est pas exactement la même chose partout. Ce qui se fait par exemple dans Bafoussam urbain n'est pas la même chose qui va se faire dans un village par exemple. (Entretien réalisé le 07/06/2020 à Bafoussam).

Le TIDC s'adapte donc et l'on peut remarquer des différences dans son application en fonction des lieux. Mais de façon générale, dans les Grass Fields, l'implication des leaders traditionnels suffit à impliquer aussi la communauté toute entière. Les populations locales dans leur culture accordent une importance particulière à l'autorité traditionnelle. Par conséquent on se soumet à autorité du chef et applique généralement sans contestation ses recommandations. Les chefs en principe sont écoutés par la population qui se plie à la volonté de ces derniers. C'est comme le dit ce responsable au niveau régional :

D'habitude dans le Noun comme dans tous les gras Fields, quand le leader traditionnel est suffisamment impliqué, c'est cela même la stratégie du TIDC, que ce soit le leader traditionnel et non le responsable de la formation sanitaire, parce que là la personne maîtrise sa communauté. La plupart du temps, on suit ce que le chef a dit. Parce qu'on sait que le chef ne peut pas amener sa communauté à ne pas adhérer. Et quand un leader traditionnel vous amène, une équipe, elle s'approprie la chose, et ça marche mieux. (Entretien réalisé le 07/06/2020 à Bafoussam)

L'implication des chefs des communautés a donc pour but d'amener leur communauté à adhérer. Si cela est possible et aisé dans certains endroits, la réalité à Kouoptamo, Fosset et Massangam semble différente. De source empirique, l'implication des leaders communautaires considérés comme les chefs locaux n'est pas effective. En dépit de ces écarts, la campagne annuelle de distribution du Mectizan dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose s'organise à plusieurs niveaux dans la région de l'Ouest, ainsi que dans les autres régions du Cameroun. Selon le principe, les campagnes de distribution annuelle du Mectizan s'organisent au niveau des acteurs institutionnels et au niveau communautaire.

4.2.1. Organisation des campagnes au niveau des acteurs institutionnels

Au niveau institutionnel, les campagnes se font à trois niveaux à savoir la Région, les Districts et les aires de santé. Au niveau des acteurs institutionnels, la question de l'organisation des campagnes se fait surtout par la planification des activités. C'est à ce niveau que l'on définit les étapes à suivre pour la campagne et la gestion des différentes étapes de l'opération.

4.2.1.1. Au niveau régional

Au niveau régional, la campagne est lancée par la formation des formateurs, c'est à dire la formation des différents chefs de district et responsables administratifs des districts de santé. Les participants sont généralement les responsables des formations sanitaires du niveau des districts (CDS, CBS, Gestionnaires des données, Etc.), les responsables régionaux, les responsables au niveau national et les représentants des Organisations internationales partenaires intentionnelles dans la lutte contre l'onchocercose.

Il est généralement question de former les différents responsables sur le déroulement des activités au niveau des différents districts de santé. Bien entendu il s'agit d'une série de rappels et d'informations sur de nouvelles instructions et enjeux statistiques de couverture géographique et sanitaire. À l'issue de cette formation, les différents responsables des districts reçoivent du matériel nécessaire pour la formation des chefs d'aire de santé, puis celui des distributeurs communautaires qui sont à leur tour formés par les chefs d'aires de santé. Les différentes données iconographiques suivantes illustrent ces différentes séances de formation au niveau régional des acteurs.

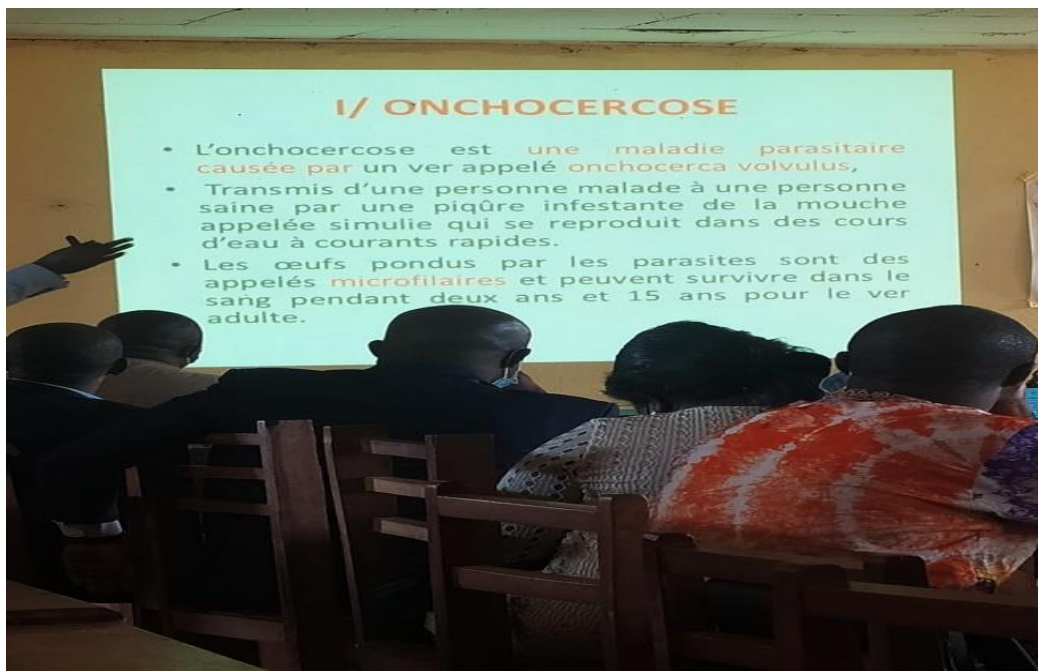
Photo 2: Salle de formation des formateurs au niveau régional à Bafoussam



Source : Moustapha Mohamed Nsangou (Août 2020)

Cette image présente la formation des différents chefs de districts et les autres acteurs administratifs impliqués. Ces derniers iront dans leurs différents districts former les chefs des aires de santé qui sont eux aussi des formateurs au niveau de leurs aires géographiques. Ces derniers sont formés et à leur tour, ils iront former les distributeurs et les autres acteurs impliqués dans leurs communautés.

Photo 3: Projection d'une diapositive lors de la formation au niveau régional à Bafoussam



Source : Moustapha Mohamed Nsangou (Août 2020)

Cette autre image illustre une diapositive pendant la formation des formateurs au niveau régional. On comprend que ces acteurs sont formés sur les éléments de base de la maladie, son origine, ses manifestations et son traitement et aussi l'importance des campagnes annuelles du Mectizan dans les communautés. Les acteurs formés ainsi, sont appelés à former au niveau des districts de santé dont ils ont la charge.

4.2.1.2. Au niveau des districts de santé

Au niveau des districts de santé, le lancement des campagnes de masse se fait par la formation des chefs des aires de santé eux-mêmes formés par les responsables des districts eux aussi façonnés par l'institution au niveau régional. Ceux-ci sont chargés de former les responsables des aires de santé sur les nouvelles mises à jour et les nouvelles stratégies et adaptations. Il s'agit généralement de transmettre à ces derniers les instructions de distribution

à retransmettre aux DC et sur la gestion et la transmission des données. Cette formation se fait sous la supervision des responsables au niveau de la région et des représentants des ONG partenaires. Dans la région de l'Ouest et notamment dans le département du Noun, l'ONG partenaire, selon la répartition des secteurs dans la lutte nationale contre l'onchocercose, est Sightsavers international (SSI). Notre informateur de Fosset explique,

C'est le chef de district au niveau du district avec son équipe cadre, après le chef de district c'est les chefs d'aires maintenant avec aussi son collègue et le comité de santé, le comité de gestion et les infirmiers. Et maintenant on forme les DC donc, on les forme et on attend le Mectizan. Mais quand la campagne commence il y a d'abord une rencontre avec le chef d'aire pour un briefing, maintenant on nous demande de venir avec la liste des DC, pour les briefer aussi. Après nous maintenant nous allons rentrer briefer les DC, les former, les renvoyer la liste des gens qui ont été formé. (Entretien réalisé le 16/04/2020 à Fosset).

En réalité, comme l'explique ce responsable de formation sanitaire, au niveau institutionnels les chefs d'aires de santé sont réunis et reçoivent des instructions sur l'organisation des activités dans les communautés. Ces instructions sont mises en œuvre une fois de retour dans leurs différentes aires de santé de couverture. À l'issue de cette formation, les différents responsables des aires de santé entrent en possession du matériel de formation pour les DC et les instructions d'enrôlement de ces derniers.

4.2.1.3. Organisation des campagnes au niveau communautaire

Au niveau de la communauté, la campagne s'organise à deux niveaux, au niveau des formations sanitaires et dans de la communauté c'est-à-dire dans les ménages. Les différents responsables des aires de santé sont chargés de sélectionner et de former les différents agents distributeurs communautaires. Ces chefs des aires de santé formés par les chefs et responsables de santé au niveau des différents districts de santé transmettent ainsi les instructions de distribution aux DC. L'élément iconographique suivant illustre une séance de formation des Distributeurs Communautaires à l'hôpital de l'aire de santé de Njindoun à Kouoptamo.

Photo 4: Formation des DC dans l'aire de santé de Njindoun à Kouoptamo



Source : Moustapha Mohamed Nsangou (Août 2020)

On observe sur cette image que les distributeurs sont aussi bien les femmes que les hommes. Ce qu'il faut remarquer c'est que certains distributeurs portent des blouses d'infirmier. Ce qui veut dire que le personnel de santé est impliqué dans l'activité en tant que Distributeur Communautaire pourtant ils ne sont pas membre des communautés pour lesquelles ils sont engagés.

- **Au niveau des aires de santé**

Dans les communautés des Fosset, Massangam et Kouoptamo, l'organisation se fait uniquement au niveau des formations sanitaires. Lors des lancements de la campagne annuelle, les formations sanitaires organisent le recrutement des distributeurs (actualisation de la liste des DC) qu'ils forment. Les séances de formation sont sanctionnées par des évaluations de connaissance selon la description faite par une distributrice communautaire de Fosset.

Quand ils arrivent pour la campagne, on fait même souvent des examens écrits. Ils écrivent souvent à propos de la maladie au tableau, on pose souvent des questions de vrai ou faux et les gens choisissent la vraie réponse. On fait souvent des cas pratiques de distribution. Tu expliques comment tu vas donner le médicament, des stimulations en fait. (FGD réalisé le 21/04/20 à Fosset).

À travers ces jeux de questions-réponses, les DC formés sont mis à jour pour lancer la distribution des médicaments dans la communauté. « *Au niveau de la communauté nous formons donc le DC et on leur donne le registre pour aller faire le recensement* » (Entretien

réalisé le 21/04/20 avec à Kouoptamo). Un autre informateur de Fosset dans le village Mawouon explique le processus en ses termes :

Quand le moment de la campagne arrive on fait d'abord la formation, après la formation on vous montre comment on donne le Mectizan, on vous dit à qui il faut donner et à qui il ne faut pas donner. Qu'on ne donne pas aux femmes enceintes, l'enfant de moins de cinq ans, on ne lui donne pas. On donne quatre comprimés à quelqu'un qui a à partir de 1m60. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Selon le processus expliqué par ce distributeur communautaire, la distribution est précédée d'une formation au cours de laquelle les distributeurs sont formés sur les procédés de distribution et les conditions à remplir pour recevoir le médicament. La dose du Mectizan est complètement gratuite et cela est aujourd'hui connu de tous. Chacun essaie d'apporter son interprétation sur les raisons de la gratuité du médicament et surtout sur son efficacité sur l'onchocercose. C'est le cas d'un membre de la communauté de Fosset qui déclare :

Lorsqu'il faut distribuer ils donnent gratuitement. Parce que tout le monde a appris que c'est un ex-président américain qui donne ce don-là, c'est ce que nous on connaît. Un ex-président américain, je ne me souviens pas du nom, c'est un don qu'il donne aux africains, pour que, puisque l'onchocercose dérange les gens et c'est pour ça qu'on soigne et on donne gratuitement les médicaments. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Au-delà des appréhensions de ce distributeur sur les donateurs, il est important de retenir que la distribution est gratuite. Ce qui n'arrange pas toujours les distributeurs qui de plus en plus refusent de participer à la distribution. Pour pallier à ce manque, les responsables des aires de santé sollicitent généralement des stagiaires et autres agents pour la distribution communautaire. Cette adaptation ne cadre cependant pas avec le principe du TIDC qui met l'accent sur les membres de la communauté comme acteurs pour la distribution dans leur communauté. De plus, la non prise en compte des distributeurs est aujourd'hui la cause du refus de participer pour certains. Dans la localité de Massangam lors d'une activité de recherche de terrain, nous gardions toujours à l'idée de comprendre les réalités de la lutte contre l'onchocercose. Il nous a été donné l'occasion d'interroger un jeune distributeur sur les raisons de la distribution du Mectizan. Ce dernier a été incapable de donner une seule raison de la distribution du médicament aux populations. Ce membre de la communauté, selon ses propos n'avait jamais participé à une formation des distributeurs mais a été désigné à un moment opportun pour distribuer les médicaments dans la communauté. Il en dit :

Moi c'est le père qui m'avait envoyé de partir là-bas. On cherchait quelqu'un qui sait lire et écrire. Je suis arrivé et on m'a demandé de prendre les médicaments et de partir distribuer au village avec le registre. On m'a seulement dit de distribuer et de noter sur

le registre. Je ne connais pas vraiment pourquoi on donne ce médicament mais on dit que ça soigne les maladies. (Entretien réalisé le 18/01/21 à Massangam).

Il est donc clair qu'un distributeur n'ayant aucune formation et par conséquent pas de connaissance sur le but de la distribution annuelle de l'Ivermectine, aura forcément des difficultés à distribuer correctement le médicament. Ce dernier également ne saurait informer les populations pour les amener à comprendre les réalités liées à la prise du médicament. Le respect des modalités et les conditions requises pour administrer le médicament à un individu sont autant d'éléments qui peuvent figurer au rang des facteurs de persistance de cette maladie.

- **Au niveau communautaire**

Au niveau de la communauté, le principe voudrait que les leaders organisent des réunions communautaires. Au cours de ces réunions, la population est informée sur l'ensemble des activités de la campagne et l'importance de leur collaboration et leur adhésion pour l'élimination de l'onchocercose. En effet, à ce niveau, les réunions devraient également être organisées avant et après les campagnes de distribution du Mectizan. Dans l'ensemble des communautés, selon les déclarations des distributeurs et de certains leaders communautaires et même des membres de la communauté, il n'existe pas des réunions en rapport avec la distribution du Mectizan. « *On n'a jamais organisé une telle réunion* ». (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo). À ce sujet un leader dans la communauté de Foubot l'a d'ailleurs exprimé lorsque nous cherchions à savoir comment s'organise la communauté dans la gestion et le déroulement des campagnes de distribution de masse du Mectizan dans sa communauté.

Nous, on nous connaît seulement quand il y a les problèmes. Avant même on nous demandait de désigner les DC mais aujourd'hui on ne sait plus comment ça se passe. C'est quand le distributeur arrive ici pour donner que nous sommes souvent au courant que c'est déjà la distribution. Même à l'école les enfants rentrent seulement me montrer. Parfois c'est quand quelqu'un arrive ici et qu'il a eu des problèmes avec le DC que nous savons que la distribution est passée. Pendant cette distribution on lui dit que lorsque les effets secondaires apparaissent il faut se rendre à l'hôpital pour recevoir les soins mais quand c'est le cas, ce n'est pas ça et on vient chez le chef. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Les propos de ce leader soulèvent la question de l'implication des acteurs communautaires dans les activités. Pour ce dernier, il semble nécessaire d'impliquer les leaders dans l'organisation des campagnes. Parlant justement des implications des membres des communautés, le responsable de la formation sanitaire soulignait déjà la non implication de l'élite locale dans le soutien de l'activité. Pour ce responsable, les élites locales devraient

soutenir certaines activités autour de la campagne, notamment le soutien à la sensibilisation et à la motivation des distributeurs communautaires. Il le dit en ces termes :

Les élites ne s'impliquent pas activement, de façon qu'ils peuvent dire que l'année-ci je vais motiver les DC, ou alors ils peuvent nous aider dans la sensibilisation. Ça doit être des actions de départ, aujourd'hui, puisque les signes de la maladie ont diminué, ils ne l'entendent pas. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Le soutien des élites en réalité, dénote de la participation communautaire dans la lutte contre l'onchocercose. Cette participation n'est pas effective du point de vue des responsables des aires de santé et aussi de celui des DC qui également relèvent que les élites et autres leaders communautaires ne s'impliquent pas dans l'organisation des activités de la campagne. Pour ces derniers, les élites comme les leaders communautaires, ne jouent aucun rôle dans les activités communautaires de lutte contre l'onchocercose à Kouoptamo, Fosset et Massangam. Un DC déclare d'ailleurs à ce sujet que :

Je ne pense pas qu'il y ait quelqu'un d'autre. Les chefs de quartier, les élites ou les enseignants ne jouent aucun rôle dans la campagne, Non ! nous ne faisons pas de campagne avec eux. Ils ne jouent aucun rôle même pas au niveau de la sensibilisation, donner les infos aux gens, ils ne donnent même pas quelque chose, ils ne font rien. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Les chefs de communauté, les élites, et les enseignants qui sont des acteurs dont l'implication peut s'avérer importante pour la campagne n'y participent pas, et l'informateur souligne bien qu'ils ne jouent aucun rôle, ni même aux activités de sensibilisation. L'implication des élites et les acteurs communautaires est un élément important pour la lutte contre l'onchocercose dans les communautés et nous allons y revenir lorsqu'il sera question d'aborder la question des Distributeurs Communautaires et leur prise en charge. Nous restons sur l'organisation et le prochain sous-titre aborde l'organisation des campagnes communautaire de distribution du Mectizan et les périodes des activités culturelles.

4.2.1.4. Organisation des campagnes et périodes d'activités culturelles

Parler de l'organisation des campagnes de distribution communautaire du Mectizan et le rapport aux périodes des activités culturelles locales vient soulever la question de la couverture thérapeutique effective des populations bénéficiaires. En réalité, les périodes de distribution communautaire ne sont pas toujours compatibles aux activités culturelles locales. Dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, la population est essentiellement agricole, et cette activité culturelle entraîne de nombreuses migrations communautaires pendant les périodes requises pour les campagnes. En effet, pendant les périodes de grandes cultures et même de grandes récoltes, les populations se déplacent pour les lieux où elles développent leurs

activités. On observe donc un problème d'adéquation entre les périodes définies pour l'organisation des campagnes de couverture thérapeutique de Mectizan et les périodes de fortes activités agricoles. Il faut cependant souligner que les populations y compris les distributeurs sont fondamentalement agricoles et les personnes chargées d'encadrer la couverture des campagnes nous l'expliquent en ces termes :

Ici à Massangam, vous pouvez penser que les populations fuient pendant la distribution mais ce n'est pas vrai. Quand la campagne arrive, il y a les gens qui se font enregistrer et au moment de la distribution, ils ne sont plus là. Ici, beaucoup de gens se déplacent pendant la période des travaux champêtres et même des récoltes ; parfois, ils ont des maisons dans les champs. Ils vont souvent même passer trois mois avant de revenir. Quand ils rentrent la campagne est déjà passée. Ils sortent même souvent du village pour aller travailler ailleurs (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Les populations se déplacent pour leurs activités économiques et agricoles. Les périodes de ces déplacements coïncident avec les périodes de campagne. Ce qui semble expliquer les absences des populations au passage des distributeurs communautaires. La durée de déplacement est assez longue, comme le dit cet informateur, et les populations ne reviennent que lorsque les campagnes sont passées. Cette réalité n'est pas exclusive à Massangam mais dans l'ensemble des villages et communautés impliqués dans cette recherche. L'exemple de cet autre informateur de Fosset vient également appuyer cette réalité dont l'impact reste réel sur l'atteinte des objectifs de couverture.

Parce qu'ils parcourent même jusqu'à Mangoum où il y a le pont du Noun, ils cultivent les tomates au bord mais ils rentrent habiter ici. Tous les trois mois le village est vide. Il y a ceux qui vont à Baïgom, le marécage qui est à Baïgom à côté du nkoup, ce sont les gens d'ici qui vont travailler là-bas. Il y a les gens qui partent à Mâlanden (village de Massangam), les autres partent à Mawouon, d'autres vont jusqu'à Mangoum. Celui qui est même ici est parti jusqu'à, quand tu descends même à Mawouon, il y a au moins quatre cours d'eau. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Ces morceaux choisis viennent rendre compte de cette difficulté qui impacte la couverture lors des campagnes et par conséquent favorisent la persistance de l'onchocercose dans ces communautés. Cette situation d'incompatibilité a souvent été signalée par certains responsables qui n'ont pas hésité à le rappeler. C'est l'exemple de ce responsable de formation sanitaire de Massangam :

Nous avons toujours souligné cela à la hiérarchie c'est-à-dire aux gens qui organisent même la campagne, qu'il ne serait pas vraiment prudent d'organiser toujours la campagne au moment des travaux champêtres, nous leur avons toujours dit des choses comme ça, mais ce n'est pas toujours respecté parce que ça nous cause énormément de problèmes, parce qu'un DC est obligé de visiter deux, trois, quatre fois le ménage. Donc si c'est le district lui-même qui organise la campagne, alors la période qu'on arrête

depuis le haut, on n'aurait pas ces problèmes (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Ce responsable de formation sanitaire continue en précisant que même les distributeurs communautaires sont souvent sous la contrainte de leurs activités personnelles. Cette contrainte se fait ressentir d'autant plus que le travail de distributeur n'est pas rémunéré et ces derniers trouvent mieux de « *vaquer à leurs propres occupations* » que de faire la distribution qui aujourd'hui ne leur rapporte rien en termes de plus-value. Ce responsable de la formation sanitaire explique :

Les DC ont souvent des activités qu'ils mènent. Et puis j'étais en train de signaler les multiples visites que les DC sont obligés de faire puisqu'il y a par exemple certaines personnes qui vont aux champs un peu éloignés où ils passent deux à trois semaines avant de retourner en ville lorsque les campagnes sont déjà passées. Or, la campagne est censée être menée à une période donnée. Peut-être le DC est passé recenser les personnes et les gens et quand il revient maintenant pour la distribution ces gens-là sont allés au champ. Et puis bien sûr qu'au moment du recensement, les DC disent à ces gens-là que nous allons passer de temps en temps pour distribuer les Mectizans, mais pour que celui-là reste sur place et attende prendre le médicament avant d'aller, ça paraît difficile, il préfère aller vaquer à ses occupations ou aux occupations qui lui permettent de vivre. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Il est donc établi que les périodes de campagne ne sont généralement pas compatibles avec les activités socioculturelles des populations et même des distributeurs. Ces activités sont également les arguments utilisés par les bénéficiaires pour différer la consommation du Mectizan.

Au niveau de la consommation différée du Mectizan, les périodes de l'organisation des campagnes en ont une influence. Comme nous l'avons déjà dit, les périodes déterminées pour les campagnes de distribution du Mectizan ne cadrent pas toujours avec les activités socioculturelles locales. Compte tenu de cette inadéquation, les populations se donnent la liberté de prendre en leur temps voulu. Plusieurs raisons évoquées expliquent la consommation différée ou renvoyée par les populations bénéficiaires. Ces raisons peuvent être religieuses comme celles évoqué par cet informateur qui s'exprime en ces termes :

Les gens le font ! Par exemple lorsqu'on distribue pendant la période de jeûne de ramadan, tu peux être en train de jeûner, est-ce tu dois rompre le jeûne parce que tu dois prendre le remède ? Tu gardes et tu le consommes après. Soit comme par exemple nous sommes Jeudi, et c'est un jour où j'ai l'habitude de jeûner, pour qu'il ne fasse pas deux aller et retour, je lui demande d'emballer dans un plastique ou un papier et il me donne et je vais prendre quand je vais rompre le jeûne. (FGD réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Les pratiques culturelles comme la religion entre autres signalées ici sont des raisons évoquées pour la non consommation du Mectizan reçu sous le contrôle du distributeur. Cette

sous-partie consacrée à l'organisation révèle un certain nombre d'éléments liés à celle-ci qui se constituent en obstacle à l'élimination et conséquemment à la persistance de l'onchocercose dans les communautés étudiées.

4.3. Déroulement des campagnes thérapeutiques dans les communautés et gestion du programme onchocercose

Cette partie traite deux points essentiels dans les activités de lutte contre l'onchocercose. Il s'agit du déroulement des campagnes thérapeutiques et de la gestion du programme Mectizan dans les communautés de Kouoptamo Massangam et Fosset. Avant d'y arriver, disons qu'il existe un processus standard qui est adopté et appliqué par les responsables et les distributeurs communautaires dans le cadre des campagnes de lutte contre l'onchocercose.

4.3.1. Processus de distribution communautaire du Mectizan

La méthode définie et standardisée dans le processus de distribution se déploie en deux étapes : le recensement et l'enregistrement des personnes dans les ménages et ensuite la phase de distribution proprement dite. Pendant la première phase qui est celle du recensement et de l'enregistrement des ménages, les distributeurs identifient les ménages et enregistrent les membres des ménages ainsi que le nombre de comprimés de Mectizan à percevoir par chaque membre selon les critères définis. A la phase de distribution, les ménages identifiés et enregistrés sont visités par les DC qui administrent les médicaments aux membres du ménage. Ce processus est aussi bien maîtrisé par les responsables des formations sanitaires que par les membres des communautés bénéficiaires. Aussi le souligne cet informateur :

Puisque quand les DC, ils ont un registre, ils enregistrent les malades, parce que le traitement de l'onchocercose se fait justement en trois étapes, il y a d'abord la phase de recensement, la phase de distribution proprement dite, et même une dernière phase qu'on appelle phase d'évaluation. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Les propos de ce responsable de formation sanitaire sont clairs sur le processus. Il intègre même dans le processus une troisième phase qui est celle de l'évaluation de la distribution. Au niveau de la communauté, les populations expliquent le processus mais soulignent que le DC, en fonction de ses humeurs peut respecter ou non les modalités de distribution telles qu'elles sont inscrites dans le registre. Aussi, les populations enregistrées peuvent ne pas recevoir le médicament et elles estiment que le distributeur choisit les personnes à qui il veut donner le médicament sans respecter les enregistrements de la phase de recensement des bénéficiaires. C'est ce qui ressort des assertions suivantes :

Quand le moment arrive, on passe d'abord faire les enregistrements, donc ils ont une fiche-là, un registre, on passe prendre ton nom et celui de tes enfants, l'âge, le nom de famille en général. Et au moment de la distribution, lorsqu'il est gentil, il partage le médicament en fonction de l'enregistrement. Quand il ne veut pas il fait comme ce qu'on a fait cette année ; ils sont venus enregistrer et le moment de distribuer, ils ont dit que c'était fini pourtant d'autres personnes ont eu. Donc ils ont seulement choisi les gens à qui donner le remède (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Comme on peut comprendre de ces deux déclarations, les distributeurs ont des registres sur lesquels ils enregistrent les noms des personnes dans les ménages dans un premier temps, et ensuite reviennent pour la distribution en respectant les listes dressées au départ, sauf que le membre de la communauté, bénéficiaire semble indiquer une irrégularité survenue pendant la phase de distribution. Contrairement à cela, il arrive que des personnes enregistrées ne perçoivent pas pour autant le médicament au moment de la distribution. Au-delà de ces deux premières phases, il est prévu théoriquement une phase d'évaluation, sauf que selon les données empiriques, cette phase se limite à la vérification et au transfert des rapports de distribution suivant les informations inscrites dans les registres des distributeurs communautaires. C'est ce qu'explique ce distributeur de Fosset :

Pour la distribution ce sont les membres de la communauté, les volontaires qu'on prend pour venir distribuer. Comme ça pour que chacun distribue dans sa communauté. On choisit les volontaires qui peuvent distribuer pour qu'ils aillent donner dans leurs villages. Quand vous finissez une fois, chacun a son registre, quand tu donnes tu enregistres une fois, tu fais le rapport, et quand tu arrives on évalue et on envoie (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Pour revenir sur le processus sur le terrain, il se fait de porte à porte et les DC procèdent souvent à une sensibilisation avant toute administration du médicament. Comme le disent ces distributeurs, il est difficile de remettre le médicament sans expliquer pourquoi on le fait pour amener le bénéficiaire à l'accepter.

Si tu arrives sans expliquer, personne ne peut prendre. Quand tu arrives, tu lui expliques et tu donnes. Ça soigne les boutons, les petits boutons qui sortent souvent sur le corps, ceux qui sortent souvent sur les pieds des gens, j'ai oublié comment ça s'appelle. Quand tu arrives et tu expliques peut-être que c'est la maladie qui dérange la personne et aussi l'affaire des yeux qui deviennent sombres. Quand tu arrives tu expliques d'abord tout. Est-ce que quelqu'un peut rester chez lui tu arrives tu le salues et tu prends seulement l'eau et lui demandes de prendre les médicaments ? On explique d'abord ! Sans explication, il ne peut pas prendre ! Il sait que c'est le remède de quoi ? On donne aussi souvent les affiches pour présenter de quoi il s'agit (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

En plus de cette nécessité d'expliquer pour sensibiliser le bénéficiaire sur les raisons de la distribution du médicament et les comportements à adopter en cas de difficulté liée à la prise du Mectizan, les distributeurs sont munis d'un matériel adéquat qui leur permet d'évaluer et de déterminer le nombre de comprimés à administrer par individu. C'est ce que précisent cet

informateur qui déclare que les distributeurs doivent se munir d'une toise pour mesurer la taille des bénéficiaires, puis s'informer sur l'apparition des effets secondaires

Après maintenant chacun doit avoir sa toise pour partager. Quand ils sensibilisent d'abord et le niveau, le top niveau d'abord c'est quatre comprimés. Même s'il est géant comme quoi c'est quatre le maximum. On demande aussi lorsqu'on prend ça s'il y a les effets secondaires on doit signaler pour qu'on puisse acheminer. Donc si peut-être on a une allergie de la peau, donc ces effets secondaires après avoir pris le médicament on leur demande d'acheminer, qu'ils ne cachent pas ça à la maison. On fait aussi les affiches, avec les affiches on essaie de communiquer aussi par les affiches et les tracts, on sensibilise souvent par mégaphone aussi. Voilà comment ça se passe. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Ces explications relèvent bien la nécessité de sensibiliser et d'informer sur ce qu'il faut faire en cas de difficultés. Seulement ceci semble théorique lorsque ou simplement cela n'est pas très appliqué. Dans les communautés nous nous sommes rendu compte que ceci n'est pas toujours la réalité. Les populations ne sont pas toujours informées sur le but de la distribution du Mectizan. De nos jours certains distributeurs estiment que la distribution se faisant chaque année, il n'est plus nécessaire à chaque fois de revenir sur des instructions connues et au fur et à mesure qu'elle est appliquée ainsi, les connaissances des populations s'amointrissent. Pour mieux le comprendre, nous avons investigué sur l'état des connaissances des populations et celui des distributeurs sur le but de la distribution.

4.3.2. Connaissance sur le but de la distribution du Mectizan

Lorsque nous parlons de la connaissance sur le but de la distribution, nous pensons qu'il est important pour les populations d'avoir une idée fixe sur la campagne et les raisons de la distribution régulière du médicament dans les communautés. Les informations recueillies à ce sujet semblent se focaliser sur les théories et sur ce qui doit être fait et non ce qui se fait sur le terrain. Dans les communautés, les acteurs de la distribution estiment de nos jours qu'il n'est plus nécessaire d'informer sur les raisons de la distribution du médicament et les arguments avancés soutiennent que les populations les connaissent déjà puisque l'activité est régulièrement menée depuis plusieurs années. Nous avons ainsi jugé important de questionner les connaissances sur le but de la distribution. Ainsi, à la question de savoir quelle est la raison de la distribution du Mectizan, il nous a été donné de constater qu'effectivement les populations ne sont pas souvent clairement informées. Certains distributeurs également peuvent être classés dans la même catégorie en matière de connaissance.

Pour ce qui est des populations bénéficiaires, plusieurs membres des communautés de l'étude ont souligné ne pas connaître la véritable raison de la distribution du Mectizan faite

chaque année. Ils le justifient du fait du manque d'informations fiables. Selon certains, les informations qui leur sont données par les distributeurs font état d'un produit qui prendrait en charge toutes les maladies possibles sévissant dans la contrée. Ils le disent en ces termes :

Non ! nous, on prend seulement et on ne nous dit pas souvent ce que ça soigne vraiment. On dit seulement que ça soigne les maladies qu'il y a dans les gens. N'importe quelle maladie que tu as, ça soigne seulement. Ça soigne toutes les maladies qui peuvent exister dans ton corps, c'est ce qu'on nous dit » (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

D'autres restent dans cette logique de sous information ou de non information sur les raisons de la prise de Mectizan. Ils ajoutent que le Mectizan serait plutôt un stimulant pour les maladies non révélées ou non diagnostiquées ou encore des maladies inconnues par les populations.

On nous donne le Mectizan sans nous donner l'objectif de ce que le Mectizan travail, donc on nous donne seulement. On ne dit pas le but de la prise du Mectizan. Donc lorsque tu le prends c'est toi qui vois. Si après l'avoir pris tu n'étais pas souffrant tu comprends qu'il est allé pour cette cause, ça fait ressortir ce qui était sur toi et qui avait déjà duré et que tu ne savais pas. Ça donne parfois les filaires, ça fait des fois que ton corps, si ça part attaquer la maladie, ça peut faire gonfler les yeux, et aussi le palu, aussi ça peut provoquer d'autres fièvres sur toi, si après avoir pris le Mectizan, si tu as les filaires sur toi, ça va déclencher. Si après avoir pris, les filaires n'apparaissent pas, on dira que ça soigne quoi ? (Entretien réalisé le 23/02/20 à Kouoptamo).

À écouter cet informateur, c'est le Mectizan qui détermine l'état de santé du bénéficiaire. Comme il le dit en effet, ils ne reçoivent pas d'information sur le but de la distribution mais ils peuvent juste faire le constat lorsque le médicament produit ses effets secondaires il est alors considéré comme la cause de la maladie et non un produit de guérison. Il vient dévoiler des pathologies cachées dans l'organisme du bénéficiaire « *Ça donne parfois les filaires, ça fait des fois que ton corps, si ça part attaquer la maladie, ça peut faire gonfler les yeux, et aussi le palu aussi ça peut provoquer d'autres fièvres sur toi* » ainsi qu'ils décrivent. Ce manque de connaissance et les perceptions qui en découlent sont sans doute la cause des différents refus et par voie de conséquence la persistance de l'onchocercose dans les communautés.

Dans le processus de distribution, le DC est l'élément à la base et incontournable dans le cadre de l'approche TIDC adopté par la politique nationale de lutte contre le l'onchocercose. En effet c'est lui qui est formé et chargé d'informer à son tour les membres de sa communauté à qui il administre le médicament selon des méthodes définies. À la suite du constat que des bénéficiaires n'avaient pas de connaissances sur le véritable but et le rôle joué par le Mectizan distribué à travers les campagnes de distribution de masse, nous avons pensé interroger les distributeurs communautaires à ce sujet. Voici ce qu'ils en disent : « *On dit que c'est pour soigner les filaires, ça soigne aussi les poux, ça soigne aussi le ventre, ça soigne même les chics*

qu'on trouve souvent aux pieds, (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset). De Fosset à Kouoptamo, le constat est que les DC eux-mêmes sont ignorants d'un certain nombre d'informations, et de ce fait n'ont rien à transmettre aux populations dont ils ont la charge. Comme on peut le voir, les distributeurs interrogés ne s'expriment pas avec certitude sur la question, car beaucoup restent dans les suppositions et les croyances.

Je crois que c'est pour éradiquer ce mal de l'onchocercose. C'est pour qu'il n'y a plus des aveugles. C'est pour qu'il y ait plus des gens avec des pieds gonflés. Vous voyez que même au niveau du testicule parfois, c'est pour qu'il n'y ait plus pauvreté parce que le père ou la maman qui est aveugle doit utiliser son enfant, son enfant doit rester à côté de lui. Donc je crois que le Mectizan joue un très grand rôle. Les gens ne savaient pas, parce que c'est une maladie, les gens ne savaient pas exactement que c'est avec ce produit que les gens pouvaient se faire soigner. (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo)

Certains DC ne sont pas suffisamment formés et se contentent de distribuer les médicaments sans toutefois s'interroger sur les raisons de cette distribution. De ce fait, ils ne peuvent pas également fournir des informations aux bénéficiaires en cas de besoin. C'est l'exemple du DC de Njikpatah à Massangam :

On nous a seulement dit de venir. On faisait la formation et après on nous a remis les médicaments pour distribuer. La formation se faisait en français mais je sais qu'on dit souvent que le Mectizan c'est pour donner aux gens pour soigner les filaires. Tout le monde est au courant, donc il n'y a pas trop de chose à expliquer quand tu arrives. Tu demandes seulement l'âge et la taille et tu donnes les médicaments. Les femmes enceintes et les enfants ne prennent pas. Il y a aussi les personnes trop âgées et aussi les malades (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Ce manque de connaissance des DC par rapport au rôle du Mectizan et cette façon de comprendre le but de sa distribution montrent à suffisance les causes de certains usages adoptés par les populations. En réalité le Mectizan fait l'objet de plusieurs usages dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Avant d'aborder les usages culturels de ce médicament, nous revenons d'abord sur le déroulement de la campagne de distribution.

4.3.3. Déroulement de la campagne de distribution

Parler du déroulement de la campagne revient à décrire toutes les activités qui entrent dans le processus. Il s'agit notamment de la sensibilisation, de l'enregistrement, de la distribution elle-même, du monitoring et de la gestion des difficultés.

4.3.3.1. Sensibilisation

Dans les communautés de Kouoptamo, Massangam et Fosset, la sensibilisation avant distribution n'est plus d'actualité. Cette étape est presque inexistante, voire annulée dans le processus de campagne. Comme le disent les membres des communautés, les activités de

mobilisation et de sensibilisation sur les campagnes de distribution du Mectizan se faisaient dans les années bien lointaines. Lors de ces mobilisations les murs des maisons étaient marqués pour signifier le passage ou non des distributeurs. Les interlocuteurs interviennent à ce sujet :

Ça se passait avant, mais maintenant on vient seulement donner, il n'y a plus de campagne puisqu'on sait qui prend et qui ne prend pas. On passe seulement donner. Il n'y a pas souvent de mouvement ou de choses qu'on organise par rapport à la distribution, jamais ! On passe seulement et on commence à donner. Sauf dans les années 1995, on passait faire des sensibilisations, on notait les maisons, on écrivait sur les murs des maisons mais maintenant on ne voit plus ça, ils ne viennent plus. Ce sur quoi on sensibilise de nos jours et que je vois souvent c'est la polio, on ne parle que de la polio, je n'ai plus entendu parler de l'onchocercose. (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

En clair, les populations ne sont au courant de la distribution que lorsque le distributeur apparaît pour leur administrer le médicament. Il n'y a plus de réunions communautaires préparatoire au cours desquelles les populations sont informées de la campagne, de leurs distributeurs et des différentes mises en garde quant à la réception et à la consommation effective du médicament. Ce déficit rend ainsi compte de certains refus des populations voire de l'abandon involontaire quant à la prise du Mectizan. Cette situation a forcément pour conséquence la persistance de la maladie.

4.3.3.2. Enregistrement

L'enregistrement est l'étape qui précède la distribution dans le processus de couverture thérapeutique des campagnes du Mectizan. Il consiste en un recensement des populations éligibles dans la communauté afin de les consigner dans un registre préparé à cet effet. L'enregistrement se fait dans les ménages et consiste à prendre les informations sur les individus avec un nombre de comprimés qui leur correspondent et selon les critères d'âge, de taille et de poids. Il devrait se renouveler à chaque campagne sauf que les informations empiriques démontrent le contraire. En réalité, les distributeurs n'appliquent plus cette étape, ils reconduisent simplement les mêmes listes sans toutefois les actualiser. La preuve, certaines personnes ont déclaré recevoir le même nombre de comprimés depuis des temps et parfois pour les plus informées, elles exigent elles-mêmes des comprimés en plus ou en moins au distributeur. C'est le cas de cet informateur de Kouoptamo,

Moi je prends souvent trois, mais dernièrement j'avais pris quatre, parce que lorsqu'ils sont arrivés j'ai exigé et je leur ai dit que mon âge ne me permet plus de prendre trois et ils ont donné pour moi quatre comprimés. Et j'ai pris ça du coup devant eux (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

C'est sur la base des données enregistrées que le distributeur décharge les comprimés à distribuer. La non actualisation de ce registre entraîne forcément des déficits au moment de la

distribution car tout le monde n'est pas servi au moment de la distribution, comme nous le dit ce membre de la communauté de Fosset à Foubot : « *cette année nous on n'a pas eu. Ils sont venus enregistrer et le moment de distribuer ils ont dit que c'était fini pourtant d'autres personnes ont eu. Donc ils ont seulement choisi les gens à qui donner* » (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset). Il faut donc comprendre ici que le défaut d'enregistrement peut tout aussi contribuer à la persistance de la maladie dans les communautés.

4.3.3.3. Distribution

La distribution consiste à donner les comprimés du Mectizan aux populations. Elle tient compte de l'enregistrement des données pendant cette étape. Dans le cadre de l'approche TIDC, elle se fait porte à porte et selon l'exigence, les comprimés reçus doivent se prendre devant le distributeur. « *Le Mectizan il y a de fois qu'on passe distribuer dans les ménages, porte à porte, en fonction de l'âge. Quand on te donne tu prends ça et tu avales sur place* ». (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Le comprimé se prend donc au moment de la distribution, mais ceci reste théorique dans les communautés, car cette règle n'est pas toujours appliquée dans ce sens que pour certains distributeurs, la campagne étant salubre pour la communauté, il n'est pas question que des personnes ne le reçoivent pas. Ces derniers donnent souvent même pour les personnes absentes au moment de leur passage. Ces distributeurs également, souvent pris par des exigences de temps par rapport au nombre de ménage à couvrir dans les délais de la campagne, laissent simplement les comprimés aux absents lors de leur passage. Les personnes présentes redonnent à celles absentes du retour dans les ménages.

Le Mectizan qu'on donne c'est bon pour tout le monde. C'est vrai, on nous demande de ne pas donner pour les absents mais comme il y a les gens qui refusent même de prendre, même quand tu les trouves tu préfères faire comment ? Donc quand dans les maisons tu sais que les gens ne refusent pas, tu donnes même au père de rester donner pour les absents et aussi ce n'est pas facile de retourner quand tu passes car le temps ne permet pas. Si tu ne fais pas comme ça, tu ne vas pas distribuer et au moment de la vérification pour le rapport ton registre sera vide. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Les contraintes du temps et surtout le désir de soigner toute la population, c'est ce qui anime les distributeurs. Ceux-ci ont donc pour exigence de remplir ou de compléter leur registre pour qu'il ne soit pas vide au moment de la vérification des données à transférer.

4.3.3.4. Vérification et transfert des données

La vérification et le transfert des données sont essentiels dans le processus de couverture thérapeutique. Ce sont les données transmises par les distributeurs qui permettent de définir le taux de couverture au niveau local et au niveau régional. Les données introduites directement sur le terrain par les distributeurs sont simplement vérifiées et ensuite transmises. « *Quand vous finissez une fois, chacun a son registre, quand tu donnes tu enregistres une fois, tu fais encore le rapport et tu donnes une fois. Quand tu arrives on évalue et on envoie* » (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset). En effet les données des distributeurs sont celles utilisées pour définir la couverture thérapeutique. Cependant ces données ne reflètent pas toujours la réalité. Les données ainsi transmises ne sont pas toujours réelles. Sur le terrain la réalité à quelquefois démontré que les communautés jugées avoir été couvertes ne le sont pas toujours. Les DC avec des rapports de distribution ont souvent apporté des données de la couverture complète des zones d'intervention, mais sur le terrain les populations en question manifestent et déclarent n'avoir jamais reçu le médicament. Des cas pareils sont souvent identifiés après que les données ont été transmises aux instances supérieures du programme de lutte contre l'onchocercose. C'est l'exemple que présente ce responsable de formation sanitaire :

Comme je vous l'ai expliqué tout à l'heure, une fois il y a un DC ici dans la communauté qui a déchargé les médicaments. C'est quand j'ai fait les stratégies avancées dans le cadre de la vaccination que les gens me font savoir qu'ils n'ont pas encore reçu le Mectizan. Alors que leur DC avait ramené le registre sur lequel il était marqué que tout le monde avait pris le médicament et les rapports étaient déjà partis. Quand j'ai demandé, le DC effectivement n'avait pas distribué les médicaments qu'il avait pris, donc il a seulement rempli le registre pour garder les médicaments. (Entretien réalisé le 16/09/22 à Fosset).

On se rend ainsi compte que les données officielles ne reflètent pas forcément la réalité au vu de ce qui se passe dans les communautés. S'il faut dire que c'est généralement sur la base des données que des actions sont entreprises, tels sont entre autres les facteurs qui influencent l'élimination et par conséquent, rend compte de la persistance de l'onchocercose dans les communautés. Avant de revenir sur la gestion des données, nous nous intéressons davantage sur la distribution et l'application effective des méthodes d'enregistrement éligibles.

Ayant ainsi décrit le déroulement des activités de distribution communautaire, on peut y voir les raisons explicatives de la persistance de l'onchocercose dans les communautés de Fosset, Kouoptamo et Massangam. La sensibilisation, l'enregistrement, la distribution, la vérification et la transmission des données se font généralement sur la base des recommandations. Le constat est clair qu'il n'existe presque plus d'activité de sensibilisation

avant campagne, les listes de ménage ne sont plus actualisées car les distributeurs procèdent à une simple reconduction des anciennes listes sans tenir compte de la dynamique des populations, ce qui ne garantit pas la disponibilité des données fiables et objectives sur la couverture de l'activité. Les recommandations pour la distribution quant à elles ne sont plus appliquées et il existe une véritable inadéquation entre les données réelles et les données officielles. Ce qui amène à revenir sur les instructions pour l'administration du Mectizan.

4.3.3.5. Recommandations pour l'administration du médicament

Les principales recommandations faites pour la distribution tournent autour du porte-à-porte, la prise contrôlée, le respect de la conformité entre la taille le poids et le nombre de comprimés à administrer. Tenant souvent compte du niveau d'instruction relativement faible des distributeurs, l'outil utilisé est généralement la toise. Vue comme la méthode la plus facile pour ces DC peu instruits, la toise permet d'évaluer la taille et de définir en fonction de cette dernière le nombre de comprimés à attribuer. C'est ce qu'explique ce responsable de formation sanitaire,

C'est prescrit, ils ont les termes de référence, ils ont les cahiers de bord, de 42 cm à 119 cm c'est un (1) comprimé. De 120 cm à 140 cm c'est deux (2) comprimés, de 141 à 158cm c'est trois (3) comprimés, de 159 et Plus c'est quatre (4) comprimés. Voilà donc tout ça là ils savent ça en tête. Comme les DC sont des personnes qui n'ont pas pour la plupart beaucoup fréquenté, on choisit la toise comme la méthode la plus facile, pas le poids. La toise est la méthode la plus facile pour un DC, il marche avec sa toise, il te mesure et il donne le nombre de comprimés du Mectizan qui correspond. (Entretien réalisé le 16/09/22 à Fosset).

Pour ce qui est du temps ou du moment précis de distribution, ceci reste à l'appréciation du distributeur. Ce dernier a la liberté de choisir le temps qui lui convient pour procéder à la distribution. L'important est que l'individu qui reçoit le médicament le consomme en présence du distributeur. Notre DC de Fosset explique :

Il n'y a pas de moment précis pour donner. Le DC donne en fonction du moment où il est sorti. On dit de ne pas emballer avant de donner. Quand tu arrives la personne à qui on donne doit prendre l'eau à boire avec ses enfants et tu lui donnes. On dit aussi que c'est bien de prendre à jeun. (FGD réalisé le 16/04/20 à Fosset).

En somme, il existe des recommandations suffisamment importantes pour assurer la couverture thérapeutique globale dans les communautés. Ainsi des stratégies communautaires ici identifiées est celles de la prise en compte du point de vue du chef de ménages. En effet, comme le disent les populations et aussi certains distributeurs, lorsqu'un chef de ménage est convaincu et qu'il prenne sa dose de médicament, il est plus aisé de convaincre le reste du

ménage à prendre le médicament. Dès lors, le chef de ménage devient celui qui instruit au reste de la famille de se soumettre aux instructions du distributeur

Mais il est recommandé comme je disais tout à l'heure, de donner le Mectizan de porte à porte ! Dans chaque maison il distribue, il vient, il commence à recenser la population à partir du chef de ménage. On lui donne il boit, normalement quand dans une maison il demande qu'on apporte de l'eau, il donne le père boit, le père doit boire parce que quand il boit le premier, il peut attirer la famille à boire. Quand le père boit en premier lieu les enfants peuvent aussi dire que le père à bu, nous aussi on va boire. » (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Ces instructions restent fortes intéressantes pour le bon déroulement des campagnes et activités de lutte contre l'onchocercose. Mais alors, il faut se poser la question de savoir si dans la distribution communautaire, ces instructions sont véritablement mises en application. Le prochain sous-titre aborde justement cette question.

4.4. Application des instructions officielles de distribution et de consommation du Mectizan

Le respect des instructions reste une difficulté majeure dans la prise en charge de l'onchocercose à travers la distribution annuelle du Mectizan. Il se trouve souvent au centre de plusieurs facteurs qui influencent la lutte contre l'onchocercose. Il s'agit des usages détournés du Mectizan et la problématique de la prise en charge des effets secondaires. En effet, respecter l'instruction, notamment celle de la prise contrôlée limite les mauvais usages du Mectizan par les communautés et surtout facilite la déclaration des effets secondaires à temps pour leur prise en compte selon les normes préétablies pour une prise des cas d'effets secondaires. En réalité des effets secondaires lorsqu'ils surviennent, sont pris en charge selon une période prédéfinie de trois jours après l'administration du médicament. Au-delà de cette période, ils ne le sont plus. Les explications de ce distributeur et contrôleur sont forts évocateurs au sujet du respect des instructions officielles données :

Ils ne font pas! Même moi je parviens à superviser certains, moi je suis superviseur communautaire. On leur dit, c'est le Mectizan, ils disent on va avaler le soir, on va manger et on va prendre le soir, alors que le Mectizan n'a rien à y voir avec la nourriture. Il y a une fois je suis arrivé vers mabouo là, j'ai demandé, vous avez pris le Mectizan ? Ils disent oui. Vous avez déjà bu ? Non je vais boire ça après, cette semaine je suis trop occupé. Je vais vers le DC et je dis vous avez donné ce Mectizan à Adija là-bas c'est pour garder ou pour prendre quand ? Et sur ton rapport tu as écrit qu'il a pris, et si les effets secondaires en temps de prise viennent plus tard ? On va saboter que c'est le Mectizan, tu vas dire non ! Puisque les effets c'est après trois jours ! Vous avez vu ? Tu as fait ce qu'on t'a dit ? C'est un exemple ! (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

On peut alors comprendre selon ces explications que le non-respect des instructions fragilise l'action entreprise pour la lutte contre la maladie dans les communautés. Il explique

non seulement les nombreuses plaintes des bénéficiaires sur la non prise en charge des effets secondaires notifiés par le DC au moment de l'administration du médicament, mais aussi le caractère parfois irréel des données transmises par le DC après la distribution. Dans cette situation également, la non prise en charge d'un effet secondaire survenu plusieurs semaines après la distribution est souvent le mobile utilisé par les victimes, pour décourager les autres populations à adhérer à la campagne ou à la consommation du Mectizan, le souligne si bien ce superviseur, tandis que l'inscription des données concernant la prise effective qui ne l'est pas en réalité fait l'on a l'impression d'avoir une large couverture sanitaire pourtant le fait est tout autre. Pour contourner ces difficultés il est instruit une stratégie de la prise contrôlée.

4.4.1. Distribution contrôlée

La distribution ou la prise contrôlée du Mectizan est une approche adoptée pour limiter les différentes difficultés sus évoquées. Elle consiste à prendre ou à faire prendre le médicament devant le distributeur. Cependant, la stratégie fait face à des difficultés au niveau de son application parce que « *la majorité des gens ne consomme pas devant les distributeurs, alors que pendant la formation, ils devraient le faire devant eux* ». Certains membres des communautés en témoignent et même les responsables des formations sanitaires en rendent compte. Pour les responsables des formations sanitaires, l'application de la prise contrôlée du Mectizan pose le plus de problème et le DC est le mis en cause. Ces responsables, partant de l'exemple des stratégies adoptées lors des campagnes de vaccination par les infirmiers, suggèrent d'associer le personnel de santé aux distributeurs sur le terrain pour s'assurer de la prise effective et contrôlée du médicament. Ils disent en ces termes,

C'est là où nous trouvons beaucoup de problèmes. Quand par exemple il y a les journées nationales de vaccination, peut être contre la poliomyélite, comme ce sont les activités qui sont exclusivement menées par le personnel de la santé, quand le personnel de la santé sort, il ne peut pas prendre un flacon de vaccin pour dire que bon prenez ça et puis restez, si l'enfant dort, quand il va se réveiller il manque peut-être une goûte dans le flacon, là toi maintenant la maman tu mets, c'est lui-même qui met avant de partir et il s'assure que l'enfant a avalé, ou s'il a rejeté, il va reprendre la dose. Vous voyez déjà que vraiment évaluer franchement le travail des DC dans la communauté ce n'est pas facile, parce que si ça devait l'être, le personnel de santé devait travailler ensemble avec le DC, c'est à dire qu'il faut plutôt une équipe peut être de deux personnes, un membre de la communauté et un personnel de la santé, c'est-à-dire ils partent maison par maison. Quand quelqu'un est enregistré, le personnel de la santé surement saura que la personne a pris le Mectizan ou pas. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

La prise contrôlée est donc un moyen de s'assurer que le médicament est utilisé par le bénéficiaire comme indiqué et selon sa posologie, d'où la nécessité selon cet informateur

d'associer le personnel de santé aux DC pendant la distribution pour s'assurer de la prise effective du médicament.

Selon les membres des communautés également, la prise contrôlée n'est pas très respectée du fait de l'indisponibilité ou l'absence de certains membres de la famille au moment de la distribution. En réalité, tout le monde n'est pas toujours présent au moment du passage du distributeur. Ce dernier est alors souvent amené à donner ou à remettre la dose des absents à la personne présente au moment où ils arrivent dans le ménage. C'est ce qu'explique cet informateur :

Bon ! Ce n'est pas tout le monde qui prend sur place, parce qu'ils peuvent arriver et ils constatent que je suis chez moi ici, j'ai au moins dix personnes, je m'inscris avec eux sur la liste ou le registre, et lorsqu'ils passent, s'ils ne me trouvent pas et qu'ils trouvent par exemple ma femme, on compte le nombre de personnes et on donne autant de dose. Si à leur passage ils sont tous là on leur prend en fonction de l'âge, on les identifie et on laisse leur médicament pour qu'on reste leur donner. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Selon les propos de ce membre de la communauté de Kouoptamo, il apparaît de toute évidence qu'il serait très difficile, voire impossible d'attester que ces absents vont effectivement recevoir leur médicament et surtout le consommer. Entre temps le distributeur a enregistré tout le monde et a validé leur consommation effective dans son registre de distribution. Il y a également certains, malgré leur présence effective au moment du passage du distributeur, acceptent le médicament mais ne le consomment pas pour des raisons déjà évoquées, notamment la peur des effets secondaires. Ainsi le souligne cet enquêté :

Ils ne veulent pas prendre ! Donc lorsqu'on distribue souvent, ils reçoivent mais ils n'avalent pas parce que lorsqu'ils prennent, ça part provoquer d'autres manifestations, d'autres maladies qui seraient cachées dans leurs corps. Pourtant, on conseille que si tu prends et que ça donne des choses comme des réactions, tu viens à l'hôpital et on traite ce que ça a provoqué. Il n'y a qu'eux seuls qui savent ce qu'ils font avec ! Moi, je prends avec ma famille ! Il y a les gens qui disent que lorsque tu prends ça part déclencher une autre maladie, et parfois ça fait gonfler le corps, ou bien tu te sens mal à l'aise sans explication. » (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Ce membre de la communauté se distingue de ceux-là dans la communauté qui reçoivent le médicament sans toutefois avaler. De façon globale la prise contrôlée est une contrainte. Cependant cette contrainte n'est prise en considération que lorsque les rapports des distributeurs les mentionnent. D'autre part, le contrôle de la prise effective par les activités de supervision, comme l'ont souligné les responsables de formation sanitaire, reste difficile. Il faut donc dire que la réalité de la consommation du Mectizan est toute différente des données rapportées au vu de ces différentes difficultés constatées sur le terrain mentionnées par les informateurs.

4.4.2. Distribution communautaire et Application des méthodes d'enregistrement des personnes éligibles

À titre de rappel, la distribution dans la communauté consiste pour le distributeur à enregistrer d'abord les personnes éligibles lors d'un premier passage et ensuite revenir dans les ménages pour leur administrer le médicament. Dans les communautés bamoun à Fosset, Kouoptamo et Massangam, ce processus n'est pas toujours appliqué. La distribution est spontanée et les populations ne sont pas toujours mises au courant d'un éventuel passage des distributeurs. En réalité, de plus en plus, les distributeurs refusent de se soumettre à cette tâche et à bien d'autres qu'ils trouvent compliquer surtout que, comme le souligne un responsable de formation sanitaire, il n'y a pas de véritable rémunération par rapport à ce travail communautaire.

Les distributeurs refusent ! Quand tu leur demandes d'aller recenser et ensuite revenir pour distribuer, ils te disent que c'est impossible. Parfois ils acceptent mais ils n'appliquent pas. Tu sais qu'il n'y a plus d'argent dans la distribution et les gars ne sont plus motivés à faire ce travail d'enregistrement d'abord et de revenir pour la distribution. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Le manque d'argent ou de motivation est donc la véritable cause du relâchement observé dans le travail des distributeurs communautaires. Les propos des bénéficiaires corroborent les dires de notre responsable de formation sanitaire. Les membres de la communauté précisent en fait que l'enregistrement ne se fait plus de nos jours. Les populations ne sont plus informées ni à travers la notification sur les murs des maisons ni par enregistrement des ménages dans un cahier approprié, ni par des activités de sensibilisation communautaires. Les membres de la communauté expliquent :

Avant, quand on sortait comme ça, on sortait avec un cahier, et une chemise. Lorsqu'on arrivait devant la porte ou une concession comme celle-ci, on demande le nom des enfants et le nombre de personnes vivant dans le ménage et on les inscrivait sur le registre et lorsqu'on te donnait on enregistrait le nombre de médicament qu'on a donné par personne devant son nom. Si le chef de famille est présent, à la fin de la distribution il signe en bas de page pour l'ensemble de sa famille et on écrivait sur le mur de la maison pour montrer qu'ils sont déjà passés ici, Mais maintenant il n'y a plus ça. Sinon tu aurais vu ça sur le mur. On ne donne plus les informations, on passe seulement donner. (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Dans l'ensemble, on assiste aujourd'hui au non-respect des méthodes d'enregistrement et de consigne des personnes éligibles pendant la période de distribution. Le médicament est remis à la première personne rencontrée afin que celle-ci reste le faire pour les membres absents du ménage. Cette réalité est commune aux trois communautés faisant l'objet d'étude. Ainsi les mêmes propos reviennent :

Quand il arrive, il demande au chef de ménage à connaître le nombre de personne dans la maison. Si c'est la mère qui est là même n'importe qui, il te donne. S'il y a les absents il te donne également pour eux et tu gardes. C'est comme ça puisque tout le monde ne reste pas à la maison, il y a ceux qui vont au champ. Le jour du marché tout le monde est au marché. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Le distributeur communautaire remet le médicament des absents aux membres de la famille présents au moment de son passage. Il apparaît clairement que des instructions d'enregistrement et même d'administration des doses des médicaments ne sont pas respectées. Selon les propos des informateurs à ce sujet, on peut comprendre qu'il n'existe aucun moyen pour le distributeur d'attester ou de vérifier la prise effective des comprimés distribués. Cependant, les DC en expliquant leurs méthodes personnelles estiment aller sur la base de la confiance et du fait qu'ils estiment être au courant de ceux qui consomment effectivement et de ceux qui ne le font pas vraiment dans leurs aires de couverture. Sur cette base, ils prennent souvent la décision de donner même pour les personnes absentes. En effet, ils suivent plus ou moins les directives officielles de distribution ; ils donnent les médicaments aux personnes présentes et laissent le reste à celles qui sont absentes. C'est d'ailleurs ce qu'explique un distributeur en ces termes :

Donc le temps, par exemple le chef de ménage peut être absent, si sa femme est là, et qu'elle peut prendre pour les autres, on peut lui donner pour son mari. Par exemple ici au quartier nous connaissons ceux qui peuvent prendre pour mettre dans la tête pour tuer les poux, et nous connaissons aussi celui qui peut prendre sans faire l'erreur de consommer. Il y a des gens qui ont la volonté d'avaler le médicament. Ceux-là vous demandent même souvent pourquoi le médicament tarde à venir. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Les distributeurs utilisent leur jugement pour décider de l'application ou non de l'instruction de donner aux personnes présente ou de laisser les leurs aux personnes présentes du ménage et ceci est généralisable à l'ensemble des trois localités impliquées dans ce travail de recherche. Nous relevons ainsi que ce non-respect des instructions ouvre des brèches aux multiples usages connus dans ces localités.

4.5. Gestion du programme communautaire de Mectizan

Parler de la gestion du programme de Mectizan revient à décrire le management des campagnes dans les communautés. Il est ici question de décrire au niveau local comment les campagnes sont managées, les mécanismes de suivi-évaluation mise en place, les principaux acteurs et leur prise en charge dans le cadre de leur implication pour la bonne marche des campagnes de distribution organisées dans les localités concernées. Ainsi au niveau local, plusieurs personnes rencontrées, notamment les distributeurs communautaires, les responsables

des formations sanitaires et les membres de la communauté, s'accordent à dire que dans la gestion des activités liées à la distribution du Mectizan, les leaders traditionnels ne sont pas impliqués. Il existe une gestion hiérarchisée entre l'administration sanitaire et la communauté locale. On retrouve tout en haut de l'échelle, le district de santé, l'aire ou les aires de santé et dans les communautés les distributeurs communautaires. « *Il y a le district, l'air de santé, le chef de centre. Au village, ce sont nous les DC, les chefs ne sont pas impliqués* », disent nos informateurs (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset). En dehors des différents acteurs institutionnels impliqués dans la gestion, l'implication des responsables au niveau local, bien que par endroit, fait l'objet de discussion.

4.5.1. Implication des élites et autorités locales dans la gestion des programmes

Dans une approche participative et inclusive, toutes les populations sont appelées à s'impliquer dans les activités de santé dans leurs communautés. La gestion des programmes et des activités communautaires doit impliquer aussi bien les élites locales que les autorités. Cela dénote de la participation communautaire à l'élimination de l'onchocercose. Dans les communautés de Fosset, Kouoptamo et Massangam, la contribution des élites reste inconnue ou inexistante. Les élites ne se font pas sentir dans les activités locales de santé. Les populations elles-mêmes le soulignent :

Moi je dirais que les élites ne jouent pas un grand rôle dans ça. Parce que pour ma part si elles jouaient un rôle, elles pouvaient même déployer des petites sommes d'argent, des petites subventions en donnant aux gens qui travaillent. Donc pour nous les élites ne font pas vraiment leur travail. (FGD réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Telles sont les déclarations d'un responsable de formation sanitaire dans la communauté de Massangam. En effet, l'implication des autorités locales et des élites varient selon les localités. Elle est parfois faible ou simplement absente et les perceptions varient également à ce sujet. L'implication des autorités locales ou communautaires dans le processus de mise en œuvre des campagnes de distribution est faible ou absente, pourtant des responsables des aires de santé pensent que ces dernières devraient avoir la latitude de vérifier ou de veiller au bon déroulement de cette activité dans leurs sphères d'influence. Aussi s'insurge cet informateur :

Non c'est très bien parce que même les chefs de village avaient signalé à la dernière réunion que c'est au moment où ils sont en train de se promener dans leur communauté qu'ils se rendent compte qu'on est en train de distribuer le Mectizan. Donc aujourd'hui comme ces gens ne sont plus choisis par la communauté et le chef, maintenant le chef du village est censé demander même comment évolue le travail. Donc non seulement les chefs de villages participent même à l'évaluation des activités des DC aujourd'hui dans notre district. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Les autres implications observées sont celles des politiques ou des autorités politiques. Cette implication politique est souvent à double sens, tantôt favorable tantôt défavorable à l'atteinte des objectifs. Les acteurs politiques utilisent les campagnes de distribution pour ternir ou embellir l'image de leur parti d'appartenance. En effet, Les populations se rattachent tout ce qui vient du gouvernement au parti politique gouvernant alors que les membres des partis antagonistes utilisent cela pour entretenir les combats politiques et par conséquent influencent soit positivement soit négativement les campagnes de santé dont celles du Mectizan dont le seul objectif est celui de traiter l'onchocercose dans la communauté. Au-delà du fait que ces lites, comme le font savoir les populations, n'apportent aucune contribution financière, elles entretiennent des luttes qui impactent négativement les activités de santé et celle de la lutte contre l'onchocercose. Néanmoins les responsables de formation sanitaire pensent que leur implication est nécessaire. Ils avancent :

Mais pour ce qui est des élites politiques, ils font vraiment du travail parce que quand par exemple dans une association politique comme le RDPC ou l'UDC, si un DC est membre de l'association, s'il mobilise dans le village, les personnes partageant la même idéologie politique que lui adhèrent facilement. Ils acceptent sans hésiter parce que c'est leurs partisans qui leurs demandent de prendre le médicament qui est important pour la santé. Donc les politiques jouent franchement un rôle dans la distribution. C'est également comme ça que si l'on n'inclut pas ces acteurs politiques dans l'activité ils peuvent aussi gêner. C'est comme par exemple quelqu'un de l'UDC peut peut-être au cours de leur assemblée ou bien au cours de leur réunion, il suffit qu'ils disent que hum vous voyez les Mectizan que les doctas vont venir partager là c'est le RDPC qui a envoyé hein, et c'est pour tuer les gens et c'est pour faire ceci, ils vont vraiment croire à cela. Donc ils sont impliqués dans la sensibilisation. Il y a aussi les ministres de cultes (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Au-delà des élites communautaires qui selon les informations recueillies n'apportent véritablement pas la plus-value quant à leur implication, les élites politiques quant à elles comme nous l'avons vu avec des informateurs, ont un rôle à jouer bien que limité par les luttes de classe politiques. Cependant, l'implication de certains acteurs communautaires serait une nécessité de par leur position dans les communautés. Les leaders traditionnels et religieux et des responsables des écoles ne sont pas impliqués pourtant, comme le pensent certains distributeurs rencontrés, ces derniers devraient pourtant être totalement parties prenantes impliquées car ce sont eux qui ont la possibilité de relayer les messages d'information et de sensibilisation au sein de la population. Il se trouve que lors des réunions de planification ces leaders ne sont pas conviés et les distributeurs estiment qu'ils devraient même participer aux séances de formation. Leur imprégnation devrait leur permettre de sensibiliser lors des cérémonies et activités socioculturelles qu'ils ont l'habitude d'encadrer dans les communautés,

(cérémonies de mariage, cérémonies religieuses, réunions communautaires etc.) Ce distributeur de Kouoptamo explique,

En tout cas je prends le cas de mon village, dans mon aire de distribution, il n'y a pas ce genre de personne. Le chef de quartier, les imams peuvent être impliqués et même les responsables des écoles. Pour qu'ils soient véritablement impliqués, il faudrait au moins que lors de la réunion de formation, qu'ils soient invités. Mais on ne les invite pas ! on recommande aux DC de commencer par le chef de peur que celui-ci ne soit pas fâché. Il est bien vrai que les chefs ne sont pas les acteurs, mais peuvent cependant induire la population à ne pas prendre le Mectizan. Dans d'autres cérémonies où ils interviennent ils ne parlent pas de la campagne de Mectizan parce qu'ils ne savent pas quoi dire. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Pour ce qui est de l'implication des élites et les autorités traditionnelles, les populations et les acteurs communautaires pensent que ces dernières doivent prendre part aux activités de lutte contre l'onchocercose et notamment les campagnes de couverture du Mectizan. A partir de leur leadership communautaire comme il a déjà été dit, elles seront bien placées pour sensibiliser les populations au sujet de l'onchocercose et les autres activités communautaires qui s'organisent tout autour. D'ailleurs, un distributeur communautaire de la communauté de Kouopatmo l'a si bien dit :

Effectivement ! Ils doivent s'impliquer. Moi je pense que pour les Pasteurs, les Imams et les chefs doivent être informés, au moins ! Ils doivent d'abord être formés pour bien connaître le bien-fondé de la campagne parce que s'ils participent à une formation, je pense qu'ils seront capables de mobiliser les populations à leur manière et transmettre le message. Ils sont fidèles, pour ça je témoigne. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Cet informateur souligne ainsi l'importance de l'implication des leaders communautaires, mais beaucoup plus leur formation sur les aspects de la distribution du médicament. Cela, va permettre de les outiller afin de leur rendre capable d'informer la population sur les campagnes et sur la maladie elle-même. Cela permettra également à ces derniers de suivre et d'interroger le déroulement de l'activité dans leurs communautés.

4.5.2. Mécanismes de suivi et évaluation mis en place au niveau local

Le suivi et l'évaluation des activités participent à la gestion au niveau de la communauté. Ils permettent de vérifier et de s'assurer de la couverture effective de la distribution des médicaments pendant les campagnes de distribution de masse. Il s'agit en effet de superviser, de vérifier et d'évaluer le travail des distributeurs sur le terrain.

C'est quand nous prenons les résultats de ces autres, parce que j'ai dit que la FOSA a un certain nombre, on compile les résultats atteint par tous les centres de santé de l'aire de santé, on se rend compte qu'il y a une zone qui a baissé les mains dans le travail, on essaie de voir pourquoi cette zone a baissé les mains. Pourquoi, est-ce qu'il y a eu une rupture de Mectizan, ou alors pourquoi certains DC n'ont pas donné les registres à temps, donc on évalue selon la couverture obtenue. (Entretien réalisé le 16/04/20 avec un à Fosset).

Le suivi et l'évaluation des activités sur le terrain permettent à ces responsables d'identifier les faiblesses et les difficultés rencontrées dans les aires de distribution, de Comprendre également la différence de couverture entre les secteurs de couverture.

4.5.3. Implication des autorités administratives et contrainte à l'adhésion aux campagnes

Dans la gestion locale des activités liées à la couverture thérapeutique du Mectizan, l'intervention des autorités administratives est sollicitée en cas de refus par un ou plusieurs membres de la communauté. Dans certaines localités, notamment à Massangam, certaines populations sont quelquefois contraintes d'adhérer à la campagne. La collaboration entre les distributeurs, les autorités traditionnelles et administratives est jugée nécessaire. Le DC informe le chef de village lorsque quelqu'un refuse de se soumettre au traitement. Ce dernier informe les autorités sanitaires qui à leur tour relaient à l'autorité administrative. Ces comportements de refus arrivent quelquefois à des sanctions punitives allant jusqu'à l'expulsion de la communauté. L'utilisation des agents des forces de l'ordre est une des options utilisées en cas de refus. C'est ce que confirme cet informateur :

Oui ! mais puisque déjà si quelqu'un dans la communauté refuse de prendre le traitement, le DC porte ça à l'attention du chef de village et du chef de village au personnel de la santé, c'est-à-dire le chef de l'aire qui a son tour informe le chef de district. C'est ainsi jusqu'à ce que l'affaire soit portée au niveau du sous-préfet qui descend avec la gendarmerie pour traquer les gens qui refusent de prendre le médicament. Parfois même au niveau du chef on te chasse du village parce quand tu refuses tu deviens un danger pour les autres. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

On comprend que la gestion des campagnes thérapeutiques en rapport au Mectizan porte quelquefois des problèmes éthiques. Cette situation de contrainte pousse des populations à quitter le village aux approches des campagnes pour éviter de consommer le Mectizan qui pour elles est la cause de leur mal-être. Il faut dire que cette situation de contrainte s'impose du fait que lorsque toute la population n'est pas traitée, la chaîne de transmission continue par le mécanisme de contamination homme à homme par l'intermédiaire du vecteur qui habite la communauté. Par ailleurs, les communautés sont appelées à participer activement aux activités de distribution de masse.

4.5.4. Implication de la communauté dans les campagnes de distribution de masse

Dans les campagnes de distribution, les communautés s'impliquent d'abord par leur adhésion à la prise du médicament et en apportant leur soutien aux distributeurs. Ce soutien peut être matériel, financier, moral ou symbolique. Il est d'ailleurs souhaité que les membres de la communauté apportent leur soutien. Un distributeur du village Fosset précise à ce sujet que :

Le rôle des membres de la communauté est que pendant la campagne, qu'ils donnent du respect aux distributeurs de Mectizan. Il y a ceux qui donnent à manger quand tu entres chez eux, il dit que tu ne dois pas partir comme ça, prends la nourriture. Cela veut dire qu'il te respecte, qu'il connaît la valeur du travail que tu fais. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Voilà ce qui est prescrit ou ce qui devrait en principe être. Mais sur le terrain, la collaboration de la population est de moins en moins observée. Comme nous avons évoqué plus haut, dans les communautés des réunions communautaires devraient être organisées pour sensibiliser les populations, mais celles-ci ne participent véritablement pas aux activités.

- **Implication de la communauté dans la gestion des campagnes de couverture**

L'implication de la communauté naît à travers le TIDC qui permet sa représentation par l'un de ses membres. Ce membre de la communauté appelé DC se charge de distribuer le Mectizan dans sa communauté. Par ailleurs, en plus de ce distributeur membre de la communauté, celle-ci à travers ses leaders est appelée à organiser des réunions communautaires après campagne, devant permettre d'évaluer la distribution au niveau de la communauté et rendre compte au responsable de la formation sanitaire locale pour des éventuels réajustements. Les réunions communautaires, qui dénotent de l'implication de la communauté, sont tenues et organisées par le chef de la communauté. Ce dernier sensibilise la population par l'intermédiaire des notables. Au cours de ces réunions, les participants recensent l'ensemble des difficultés et des manquements constatés au cours de la campagne de distribution. C'est ce qu'explique ce responsable de formation sanitaire :

Le rôle du chef de village c'est de sensibiliser la communauté à travers ses notables. Pour faire un plaidoyer dans les communautés, on passe par le chef de village. On vient voir le chef de village pour dire que le Mectizan est encore venu. Il va donc informer ses notables pour le second plaidoyer que je viendrai donc rencontrer tout le village et ses notables et même les imams qu'il a invités, les personnes influentes dans la communauté. On les informe par rapport aux difficultés que la communauté a rencontré dans la campagne passée, peut-être il y a eu des cas de refus qui ont été identifiés, peut-être que franchement dans cette communauté-là, il y a telle famille, qui n'aiment pas prendre le Mectizan. Sachez qu'elle va être le foyer, elle sera un foyer, un réservoir de la maladie dans le quartier. Dans ce cas le chef peut l'inviter. C'était comme ça au début,

aujourd'hui ce n'est plus ça, les gens courent vers le centre, vers le Mectizan. D'autres sont tellement occupés dans leurs travaux et ratent le passage du DC, et ne reviennent pas à la maison pendant la nuit tombante alors que le DC est déjà passé, ça ne lui dit même rien ! Ils n'ont même pas le désir de prendre le Mectizan pour se protéger. Ce sont eux qui ont de petites souffrances-là qui cherchent à être traités. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Les réunions communautaires dénotent donc de la participation des communautés à la lutte contre la maladie. Cette approche est aujourd'hui délaissée et l'adhésion des populations, comme on peut le lire à la fin des propos de cet informateur, s'amointrit de plus en plus avec l'autonomisation de la communauté pour la gestion de cette évaluation communautaire. Aujourd'hui la communauté ne s'implique plus. Cependant la maladie continue de sévir. C'est ce que notre informateur tente d'expliquer

Les populations s'impliquent mais pas de façon volontaire. On les force. Parce qu'en fait les réunions communautaires qui devaient se faire après campagne, qu'on avait initiées dans les communautés, et qui devaient être comme un automatisme des chefs de la communauté et ses notables, se tenaient avant pour leur dire qu'il faut faire ceci ou cela pour apporter les résultats. Dès qu'on a lâché, ils ne le font pas ! (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

L'implication de la communauté a donc été possible lorsqu'elle était accompagnée. Mais aujourd'hui, elle n'est plus très visible et devient de plus en plus faible, aussi bien du côté des DC que des leaders communautaires et même des populations.

4.6. Théorie et réalité de la couverture de la campagne de distribution du Mectizan

Parler de la couverture de la campagne de distribution du Mectizan entre théorie et pratique soulève deux questions. Celle de la réalité des chiffres et données officielles sur les couvertures (thérapeutique et géographique) et celle de l'application effective des méthodes recommandées pour la distribution sur le terrain. Les données officielles sur la couverture présentent des taux importants et les responsables des formations sanitaires s'expriment sur les plus récentes activités, « *Le taux de couverture c'était 83%. On a toujours eu de bons taux de couvertures. Alors le taux de couverture géographique c'est 100%, celui thérapeutique c'est 83%* ». (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Comme on peut le remarquer dans ces propos, les responsables des formations sanitaires qui participent à la gestion et au contrôle des données de couverture se basent les données rapportées et relevées des registres de distribution des DC pour annoncer les statistiques sur la couverture géographique et thérapeutique de la campagne de distribution de masse. Mais seulement des informations recueillies permettent de mettre en doute ces données qui semblent se baser uniquement sur des théories. Mais en vérité, certaines données empiriques fournies par

des informateurs, et des observations faites sur les registres, on se rend compte que le remplissage ou alors les données chiffrés contenus dans les registres et que l'on utilise pour faire les statistiques locales reflètent très peu la réalité. Comme l'ont souligné les informateurs, certains distributeurs pour des raisons variées ne respectent pas toujours le remplissage des registres de distribution. C'est l'exemple de ce responsable de formation sanitaire de Kuetlieum à Fosset qui déclare avoir constaté lors d'une activité de terrain que, toute une communauté n'avait pas reçu le Mectizan pourtant le DC de la zone avait remis un rapport de distribution qui indiquait 100% de personnes ayant reçu le médicament. Il le dit en ces termes :

Il y a au moins trois DC qu'on a pris, d'autres sont venus même mentir. Il y a tout un quartier où j'ai donné deux boîtes, heureusement que je suis parti faire la vaccination, arrivé on m'a dit que tout le quartier n'a pas eu alors que deux boîtes étaient déchargées pour ce quartier. Je suis allé là-bas, il m'a dit que c'était perdu. C'est après une semaine qu'il nous a remis ça, vous comprenez un peu ce qui se passe ici. Il dit que non c'est après qu'il commence à me citer sa mère qui avait pris pour garder machin trucs, raconter des bêtises. Où est le Mectizan qu'on t'a donné pour ce quartier ? Vous comprenez un peu, et c'était un DC. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Il y a donc des distributeurs qui font des déclarations mensongères quant à leur couverture sur le terrain. Les données enregistrées ne reflètent pas toujours la réalité. On fait face au remplissage fictif des données sensées renseigner les priorités du programme. C'est ce type de pratique qui concourt à l'inefficacité des actions de réajustement introduits par les acteurs décisionnels pour augmenter la couverture. Des exemples de distributeurs comme celui-ci sont nombreux. Et les plaintes des populations sont récurrentes.

Oui il y a toujours les malhonnêtes, ça ne manque pas ! Il arrive que certains gens se plaignent qu'ils n'ont pas eu le Mectizan dans leur zone alors que le DC vient dire qu'il a tout fini. Alors tu le pose la question, où est partie la quantité de Mectizan que tu as pris alors que les gens se plaignent encore ? Il se défend, il dit qu'ils (les gens) prennent ça pour aller traiter les animaux, parce qu'on prend ça pour traiter les animaux. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Bien que les populations soient accusées par les DC d'utiliser le médicament à d'autres fins puis de le redemander, il n'en demeure par moins que ces comportements déviants des distributeurs sont tributaires de la qualité de leur prise en charge. En réalité ces distributeurs produisent des faux rapports et excellent dans la distribution frauduleuse pour se faire des bénéfices personnels afin de satisfaire leurs besoins économiques. Comme le dit ce distributeur, superviseur sur le terrain qui s'interroge sur la prise en charge du DC, la distribution frauduleuse pour laquelle certains distributeurs sont accusés naît du manque de prise en charge. Il le dit en ces termes :

Après ils reviennent faire les faux rapports. C'est même ça qui est la cause de la distribution frauduleuse, l'entretien du DC. Vous allez dire ils prennent le Mectizan ils le vendent plutôt, est-ce que vous les avez entretenus ? (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Le défaut de prise en compte des distributeurs est donc la cause des dérives que l'on peut relever dans la distribution. Ceux-ci, comme le souligne cet informateur, produisent de rapports fictifs qui influencent sur la qualité des données et crée un des écarts entre les données réelles et les données officielles qui permettent d'évaluer le niveau d'atteinte des résultats de couverture thérapeutique et géographique pour la prise des décisions.

4.6.1. Connaissance des instructions de distribution

Pendant les séances de formation en préparation à la campagne de distribution, des instructions sont enseignées aux distributeurs afin d'assurer la bonne couverture thérapeutique et géographique pendant les activités sur le terrain. La procédure consiste en la sensibilisation, l'enregistrement puis la distribution suivant l'inscription sur les registres de distribution. Les procédures d'enregistrement sont tout aussi reprises chaque année compte tenu de la mobilité des populations avec des déplacements réguliers. Les distributeurs de Kouoptamo nous expliquent en ces termes :

Distribuer, auparavant on nous avait dit, oui l'année passée, je dois signaler ça, il fallait d'abord aller inscrire, sensibiliser inscrire les gens, revenir maintenant avec la liste des personnes qui vont prendre, mais cette année ils ont compris qu'ils ont encore changé puisque normalement, quand tu finis de faire ta liste, c'est fort possible que d'autres personnes surgissent pour dire que je n'ai pas été enregistré ! Peut-être il était quelque part et il est en train de revenir, ou bien il vient maintenant s'installer pour de bon. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Ces instructions sont comme nous l'avons énoncé, faites pour assurer l'élimination effective de l'onchocercose dans les communautés touchées. La difficulté ne réside cependant pas au niveau de l'apprentissage ou de l'intégration de ces recommandations mais au niveau de la mise en application de ces directives.

4.6.2. Application des instructions de distribution et de consommation recommandée

Les connaissances sur l'application réelle des instructions de distribution et de consommation restent basées sur les théories. À première lecture, on peut remarquer une certaine négligence au niveau du contrôle ou de la supervision de la distribution par les agents chargés de cette tâche. C'est ce qui peut ressortir de cette déclaration

Oui d'après moi, dès que la DC d'ici, celle qui distribue dans ma zone ci, quand elle arrive, elle demande qu'on prenne de l'eau pour boire. Si un enfant n'est pas là elle laisse pour qu'on reste lui donner, bref c'est la théorie et chez moi je le fais ! Mais chez certaines personnes je ne sais pas ! (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Dans le processus de couverture il est recommandé aux distributeurs une certaine méthodologie à respecter sur le terrain. Cependant lorsque l'on interroge ces acteurs sur l'applicabilité des instructions de distribution et de consommation indiquée on observe que les connaissances sur l'application réelle des instructions de distribution et de consommation restent basées sur des théories. Il existe un écart réel entre les connaissances reçues et les pratiques de distribution et de consommation. Cet écart est motivé par la planification des activités de distribution communautaire. C'est ce qui ressort des explications apportées par un Distributeur communautaire qui s'exprime en ces termes :

Il était au départ dit que la prise du Mectizan doit être surveillée, c'est-à-dire que quand tu viens dans une zone pour donner, on prend le Mectizan devant toi, c'est ça la règle. Dans le porte-à-porte, tu passes quelqu'un te dit que je n'ai pas encore mangé, je ne peux pas prendre ça parce que si je prends sans manger ça peut me donner les vertiges. Le DC n'a pas le temps pour aller et revenir, ce n'est pas possible surtout parce qu'il n'y a pas de motivation. Sur ce plan pour une campagne, on dit que vous avez deux semaines, on vous donne le Mectizan, vous avez moins de temps, seulement deux semaines. On vous bouscule pour les résultats à tel point que le DC n'entend pas aller et revenir. Il donne le Mectizan, ou il en garde lui-même pour faire autres choses avec. Donc la prise n'est plus tellement surveillée comme avant. Elle n'est plus supervisée. Le DC donne ça, pour ceux qui veulent prendre devant lui, ils prennent. Pour ceux qui ne veulent pas, il donne seulement. Ceux qui disent, je n'ai pas mangé, ou bien j'ai bu la bière, alors qu'on ne donne pas à quelqu'un qui a pris la bière. Il donne et il demande de garder et après tu vas consommer. Il devient impossible au DC de faire aller et retour ; il trouve le temps si petit. Voilà pourquoi certaines personnes peuvent recevoir le médicament chaque année, elles gardent et ne les consomment pas. Cette attitude persiste et ne semble pas disparaître. Ça crée le déficit entre la couverture thérapeutique enregistrée et la couverture thérapeutique réelle. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Cette déclaration explicative d'un responsable de formation sanitaire rend suffisamment compte de la réalité et explique l'écart qui existe entre la théorie et la pratique dans la distribution réelle et les instructions de distribution. Comme il le dit bien, les contraintes temporelles ne permettent pas toujours aux distributeurs de respecter les instructions quand bien même ils ont la volonté de le faire. Dans un autre contexte, on aurait parlé de négligence des distributeurs à contrôler ou même de la supervision. Cet autre responsable de formation sanitaire de Massangam est clair lorsqu'il précise que « *la prise n'est plus tellement surveillée comme avant, elle n'est plus supervisée. Le DC donne le médicament. Pour ceux qui veulent prendre devant lui, pour ceux qui ne veulent pas il donne seulement* » (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam). Face à ce manque de contrôle et de supervision, le médicament fait l'objet de tout genre d'utilisation possible. En somme les instructions de distribution ne sont pas respectées pour des raisons évidentes de planification, d'organisation et du timing. Ceci ne contribue pas à atteindre les objectifs d'élimination de l'onchocercose. Nous adhérons aux

propos des informateurs lorsqu'ils déclarent que c'est difficile que ça disparaisse et que la gestion des données telle qu'elle se fait sur le terrain crée un déficit entre la couverture thérapeutique enregistrée et la couverture thérapeutique réel. Toutefois, des stratégies sont mises en place dans les communautés et il convient de les décrire.

4.6.3. Stratégies locales pour atteindre des objectifs

Les stratégies mises en place sont de nature à retourner sur le TIBC (traitement à l'Ivermectine à base communautaire). Cette approche qui précède le TIDC consistait pour les acteurs des formations sanitaires à aller vers les populations pour la distribution de l'Ivermectine. Il semble donc que pour contourner les difficultés liées à la couverture, à l'adhésion ou à la consommation effective du médicament après l'avoir reçu, les responsables des formations sanitaires qui sont les acteurs chargés d'assurer le monitoring des activités de distribution communautaires dans leurs aires de santé, recourent à d'autres approches bien différentes à l'approche TIDC prescrite au programme. Un responsable de formation sanitaire fait le compte rendu de ces stratégies en ces termes :

Oui ils ne donnent pas le Mectizan mais ils produisent des rapports imaginaires. C'est pour ça que j'ai préféré que ce soit le personnel qui fasse la distribution. C'est moi qui ai dit ça au chef de l'aire parce que quand j'ai trouvé ça, vous savez que moi je me promène beaucoup dans la communauté, je suis aussi avec eux, quand on descend on arrive je distribue. Si je croise quelqu'un je demande que si on ne t'a pas donné il faut m'informer, c'est comme ça que j'ai fait pour savoir. Et il a remis la boîte du Mectizan tardivement. Mais on a quand même pris la peine d'aller demander à ceux qui n'ont pas reçu, on leur demande de venir au centre. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Selon cet informateur, ayant constaté que les distributeurs communautaires désignés produisent des rapports fictifs, le responsable de la formation sanitaire auquel les résultats incombent, décide d'associer des agents de santé qui ne sont pas toujours les membres desdites communautés, à la distribution du Mectizan. Dans d'autres communautés, notamment celle de Massangam, les infirmiers stagiaires sont souvent mobilisés pour la distribution. Ces déclarations sont faites par un ancien DC qui essaie de faire une comparaison entre les premières campagnes de lutte contre l'onchocercose et celles qui se passent actuellement. Il présente l'implication des stagiaires infirmiers dans les formations sanitaires comme un véritable obstacle à la lutte contre l'onchocercose :

Voilà un lot de stagiaires, ils peuvent arriver ici un matin et on dit deux de ce côté deux ici pour le Mectizan et le briefing est sur place. Est ce qu'ils vont respecter les consignes ? Est-ce qu'ils connaissent même la communauté ? Quand la communauté va voir quelqu'un qui sort avec une boîte de Mectizan en main sans toise, on imagine les tailles. Tu arrives chez moi, tu trouves ma toise confectionnée il y a de cela au moins dix ans.

Même un chef de centre qui ne connaît pas les critères d'un distributeur communautaire et il ne sait même pas, on donne à qui et on ne donne pas à qui ? On demande au chef de centre de former, il vient ici il ne forme pas parce qu'il n'y a pas d'argent parce que maintenant tout le monde veut l'argent. Donc le distributeur fait un travail bénévole. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Au-delà de l'inclusion des stagiaires parfois seulement de passage dans les formations sanitaires pour la distribution communautaire, certains responsables de formation sanitaire ne sont pas assez informés sur le sujet. En réalité, les responsables des formations sanitaires sont censés former les distributeurs communautaires dans leur aire d'influence. Selon les déclarations de notre ancien DC, certains de ces responsables de formation sanitaire des aires de santé reculées n'ont pas les connaissances nécessaires pour former les distributeurs et les déployer sur le terrain. Les chefs de centre ne connaissent pas les critères autorisant un individu à recevoir le médicament lors du passage du distributeur. Pour lui ce dernier ne serait pas à même de former les distributeurs et d'espérer en retour de meilleurs résultats.

4.6.4. Campagnes de distribution de masse dans la socioculture bamoun du Noun

Les perceptions locales des campagnes de distribution du Mectizan diffèrent selon que l'on soit agent de santé ou membre de la communauté bénéficiaire des activités. Dans les communautés en étude, il existe deux types de perceptions selon que l'on soit acteur ou bénéficiaire des campagnes de distribution de masse. Chez les responsables de formations sanitaires et autres acteurs dont la charge de l'élimination incombe dans les communautés, les perceptions sont bonnes. En effet se servant des résultats des registres remplis par les distributeurs communautaires et de leur expérience, ces responsables estiment que les campagnes de distribution et de couverture thérapeutique et géographique sont bonnes. Au vu de leurs déclarations, les pourcentages de couverture sont assez importants et les populations sont en parfait accord avec les actions menées en vue de leur venir en aide face à la maladie.

Pour ce qui est des populations bénéficiaires, par contre, les campagnes de lutte contre l'onchocercose souffrent encore de forts refus. Ces populations, à partir des expériences vécues sur le médicament, notamment l'apparition des effets secondaires et autres manifestations, ont plutôt une perception négative de la campagne de distribution qui n'encourage pas leur adhésion. De ce fait, quelle que soient les stratégies utilisées pour les amener à adhérer, ces populations optent pour des soins traditionnels pour faire face à la maladie. Ainsi décrit cet informateur :

Bon, étant donné que j'ai déjà fait quatre ans ici, par rapport aux activités de prévention, je crois que quand même on est déjà à 80% de sensibilisation, ils sont d'accord vraiment

avec ce que le MINSANTE veut d'eux. Mais il y a toujours des réticences. Ils sont têtus, les gens qui avaient refusé de changer dans leur mémoire. Même si tu dis quoi ils restent dans les remèdes traditionnels. Il y a un qui dit qu'il avait pris ça et ça l'a menacé, et ne veut plus jamais prendre. J'ai dit que s'il avait pris, ça l'a menacé ça veut dire que ça avait trouvé la maladie, ça dure avant d'agir, il a dit non ! C'est toujours aussi comme les MILDA, tu donnes les moustiquaires, les gens courent pour venir prendre pour aller faire les pépinières avec ? On ne sait pas ce qui ne va pas avec eux. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Les activités de santé pratiquées dans les communautés ne connaissent pas l'adhésion de plusieurs de leurs membres. Comme conséquences, les intrants médicaux distribués sont utilisés à d'autres fins. Le Mectizan n'a pas échappé à ce transfert d'usages.

4.7. Gestion des données régionales de l'onchocercose

La gestion des données est un élément essentiel et important dans la lutte contre l'onchocercose. Elle va de la production, la transmission et à l'utilisation pour renseigner les priorités en matière de lutte et d'élimination de la maladie. Une mauvaise donnée peut donc avoir pour conséquence la mauvaise planification, l'inefficacité des actions entreprises sur la base de données erronées, les difficultés d'émettre les activités correctrices des objectifs non atteints, le ralentissement de l'impact ou le détournement de l'objectif voulu, etc. Au niveau régional, les responsables de la gestion des données possèdent une base de données transmises à l'ensemble des 20 districts de santé parmi lesquelles celles de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Ces données renseignent sur les activités du programme en ce qui concerne la préparation des campagnes des couvertures jusqu'à la production et la transmission des données. Un responsable de la gestion des données au niveau régional explique,

Pour la gestion des données, on a une base de données, un fichier Excel, qui est remis à tous les districts de santé, les 20 districts, on les traite, et le fichier c'est monté en fonction des séquences du programme. Parce qu'habituellement on commence par la formation des chefs d'aire de santé, après les chefs d'aires on continue avec les DC et après la formation c'est le recensement qui commence et après la distribution. Donc chacune de ces activités à un feuillet dans le masque Excel qu'on remet au district de santé, et les districts remplissent, dès que l'activité est finie ils remplissent formation des chefs d'aire et des DC, et à la fin on les regroupe souvent ici pour une réunion de validation des données. On analyse ensemble les données et on corrige les aberrations s'il y en a, en fonction des versions physiques parce que à la réunion de validation chaque district vient avec ses copies physiques et il est question de confronter pour voir s'il n'y a pas eu des soucis et à la fin de la journée, je prends les données des 20 districts et je sors la synthèse régionale. (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam).

Les données sont donc produites au niveau des aires de santé sur la base des indications de remplissage données au niveau régional. Elles sont ainsi confrontées et analysées et synthétisées.

4.7.1. Production des données

Le DC est à la base de la production des données et les statistiques sur la couverture au niveau de sa zone de compétence. Seuls les rapports de ces derniers, comme nous l'avons précisé plus haut, permettent d'établir les données, de déterminer la couverture géographique et thérapeutique dans la localité. Les différents registres de distribution sont ainsi remis aux DC dès le lancement de chaque campagne de distribution. Ceux-ci ont donc la tâche de recenser les bénéficiaires et de noter le nombre d'individus éligibles, ainsi que les personnes ayant reçu ou non le médicament au moment de la distribution. Un chef de l'aire rend d'ailleurs compte à ce sujet :

Bien sûr que ce sont les membres de la communauté que sont les DC qui rapportent parce que dans le registre même du traitement, il y a les pages de synthèse, donc ce sont eux qui remplissent. Quand le chef de l'aire prend maintenant ça, il vérifie si ça concorde, si les pages de synthèse concordent avec ou si les synthèses sont bien remplies. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Ces données transcrites sur les registres par les DC sont transmises aux responsables de l'aire de santé qui en vérifient la cohérence et transmettent ensuite au district de santé pour synthèse puis transmission au niveau régional et enfin au niveau national. C'est d'ailleurs la précision que donne ce responsable des données au niveau régional qui explique la procédure de gestions et de transmission des données.

Tout se base sur les districts de santé. Le chef d'aire a un document de synthèse, et dans ce document-là, ils ont des feuillets de synthèse, pour la formation des DC et dans la communauté il forme tel nombre de DC. Donc c'est ce document de synthèse-là qui permet que le chef bureau santé rassemble les données au niveau du district et de faire la synthèse pour le district de santé. (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam).

Les données sont donc ainsi collectées à plusieurs niveaux. Au niveau de la communauté qui est la base par les DC, au niveau des chefs des aires de santé qui à leur tour, les transmettent au service de district de santé. Le chef du Bureau santé a la charge de faire les synthèses au niveau des districts. Enfin transmet ces données aux responsables du niveau de la région. De nos jours, une plateforme numérique a été développée par les experts du ministère de la santé, mais la prise en main reste encore à approfondir et sa mise en application reste encore difficile au regard du déficit en matériel informatique dans les aires et les districts de santé. La méthode classique reste la plus utilisée dans les localités de Massangam, Fosset et Kouoptamo.

4.7.2. Mécanismes d'évaluation et confrontation des données

Les données transmises des districts vers la région sont confrontées puis analysées au niveau régional. Selon les responsables de la gestion des données au niveau régional, les chefs de bureau santé (CBS) au niveau des districts de santé analysent et font les synthèses des données des aires de santé c'est-à-dire les données des DC. Et les données des districts sont synthétisées et analysées au niveau de la région par les gestionnaires des données régionales. C'est ce qu'explique ce responsable régional :

La confrontation des données ça se fait par échelon, c'est-à-dire que le chef de l'aire analyse les données des distributeurs communautaires, maintenant le chef de bureau santé analyse les données des chefs de l'aire et moi j'analyse les données des districts. Donc quand je trouve une aberration j'appelle le district, mais j'ai la possibilité de voir dans quelle aire de santé il y a eu aberration, j'ai même la possibilité d'aller jusqu'au niveau de la communauté et voir parce qu'eux ils me donnent leur base de données. Je peux appeler au niveau du district de santé et je leur dis aller dans tel ou tel endroit, il y a tel ou tel problème, essayez de regarder ce qui ne va pas à ce niveau. Donc pour les données de qualité il faut que chacun fasse le travail à son niveau. Donc il est difficile de dire au secrétaire général d'aller dans la communauté, donc c'est par strate. (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam).

Comme on peut le lire, théoriquement, les données sont vérifiées à chaque strate de la chaîne de coordination. C'est-à-dire des DC vers les chefs d'aire de santé, des chefs d'aire vers les CBS et des CBS vers la région. Pour donc avoir des données de qualité comme ce responsable précise, il faut que chacun travaille à son niveau y compris les DC principaux responsables de la collecte des données à la base. On pourrait à partir de ces explications attester que les données officielles sont adéquates aux données réelles, mais, sont-elles les mêmes dans les localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam ? Qu'est-ce qu'on pense de l'inadéquation entre les données transmises et les données réel ?

4.7.3. Inadéquation entre données officielles et données réelles

Au niveau institutionnel, la gestion des données ou les dispositions de contrôle et de gestion sont présentées de telle manière à assurer l'atteinte des objectifs du contrôle et de l'élimination de la maladie. De source primaire, c'est-à-dire des données de terrain, on se rend compte du décalage entre les données réelles et les données officielles, d'abord par la persistance de la maladie et de sa plasticité. Des personnes ressources interrogées pensent et attestent l'inadéquation réelle entre les données collectées et les données officielles. Il sera question ici de mettre en évidence la perception sur les données réelles et les données officielles, les éléments de référence utilisés pour la vérification des données et leur gestion au niveau local.

4.7.3.1. Chiffres rapportés et réalité de terrain : rigueur dans le travail par les DC

Comme nous l'avons dit un peu plus haut, le DC est l'élément clé du Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC). Les données des couvertures thérapeutiques et géographiques dépendent des registres de distribution remplis par les DC sur le terrain pendant la période de distribution. C'est d'ailleurs la campagne de distribution communautaire du Mectizan qui est le point important de la lutte contre l'onchocercose. Les données collectées pendant cette période sont donc importantes pour renseigner les priorités permettant l'atteinte des objectifs d'élimination de l'onchocercose. Au niveau de la communauté, c'est-à-dire au niveau des aires de santé, l'organisation de la distribution est faite de manière à assurer une collecte des données efficaces. Les DC sont formés à la distribution par secteur, ainsi que les surveillants et les superviseurs de la distribution. Le chef de l'aire de santé de Fosset explique l'organisation au niveau de sa localité :

Moi je suis le chef de l'aire de santé, chef de l'aire veut dire que quand il y a une activité, nous avons des acteurs sur le terrain, ces acteurs sont les centres de santé satellites, moi j'ai six centres sur moi, six centres de santé satellites. Alors chaque chef de centre satellite a un secteur de responsabilité, c'est-à-dire que chaque Fosa dessert un nombre de population donnée. Quand le Mectizan donc arrive à l'aire, nous faisons une réunion et on partage selon la cible de la zone. Tu pars avec ça avec la liste de tes DC. Les DC ont quand même été formés avec nous tous ensemble. Mais chaque zone a un certain nombre de DC, des surveillances, des supervisions. On supervise pour ce qu'il y a dans les registres. Mais en fait ce que je dis est que le marquage n'est plus trop rigoureux malgré les appels, ils ne le font pas comme ils le faisaient avant. Tu ne le vois plus. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Malgré ce dispositif, les données transmises ne reflètent pas toujours la réalité et plusieurs responsables des formations sanitaires l'ont attesté. Dans l'aire de santé de Fosset et dans le centre de santé satellite de Kuetlieum dans le district de santé de Foubot par exemple, les deux chefs de l'aire ont souligné avoir reçu des plaintes des populations sur la non réception du médicament, pourtant les registres de couverture transmis par le DC de la zone indiquaient que toutes les populations avaient reçu et avalé le médicament. C'est alors à l'occasion d'une stratégie communautaire que le responsable de l'aire de santé fait le constat de ce que les médicaments reçus par le DC n'avaient pas été distribués. Voici à ce sujet les propos de ce chef de l'aire :

Il y a au moins trois DC qu'on a pris, d'autres sont venus même mentir. Il y a tout un quartier où j'ai donné deux boîtes, heureusement que je suis parti faire la vaccination, arrivé on m'a dit que tout le quartier n'a pas eu alors que deux boîtes étaient déchargées pour ce quartier. Je suis allé là-bas, il m'a dit que c'était perdu. C'est après une semaine qu'il nous a remis ça. Vous comprenez un peu ce qui se passe ici. Il dit que non c'est après qu'il commence à me citer sa mère qui avait pris pour garder, c'est raconter des

bêtises. Où est le Mectizan qu'on t'a donné pour ce quartier ? Vous comprenez un peu, et c'était un DC. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Cet exemple de Fosset montre à suffisance que les données transmises par les DC sont différentes de ce qui se passe sur le terrain. Les données officielles, celles sur lesquelles le programme s'appuie pour développer des stratégies sont toutes différentes de la réalité sur le terrain. C'est également le cas observé à Massangam. Le responsable de l'aire de santé de Massangam, suivant ses observations, pense que les données retransmises ne reflètent pas toujours la réalité puisque la prise est différée sans qu'il y ait une certitude sur la prise réelle. Cependant les DC transmettent les données comme si cela avait été fait correctement. Voici ce qu'il déclare,

Quand le chef de l'aire prend maintenant ça, il vérifie si ça concorde, si les pages de synthèse concordent avec ou si les synthèses sont bien remplies. Et justement quand nous les prenons c'est bien rempli, mais le problème est que les gens qu'on a dit qu'ils ont pris le Mectizan, est-ce qu'effectivement ils l'ont pris le Mectizan ? Donc c'est ça le véritable problème. Ça ne reflète pas la réalité parce que nous ne sommes pas sûrs que certaines personnes qui prennent le Mectizan pour dire qu'elles vont prendre ça après puisque quand elles prennent et elles gardent. Mais le DC va rapporter que ces personnes ont pris le Mectizan. Et ce sont les chiffres de ce rapport qui sont envoyés, même au niveau de Yaoundé. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Des situations parfaitement similaires sont également observées à Fosset et probablement à Kouoptamo. Lorsque le DC donne le médicament au bénéficiaire, celui-ci promet de prendre plus tard et le DC coche sur le registre pour dire que la prise a été effectuée pourtant le bénéficiaire finit par ne pas prendre le médicament. Un informateur de Fosset s'inscrit également sur ce point de vue lorsqu'il suppute en déclarant : « *Oui c'est ça ! Quand il donne ça il dit qu'il va prendre après le DC coche alors qu'en réalité il n'a pas pris (rires) donc la prise supervisée n'est plus rigoureuse comme avant. Ça peut être un facteur de, pour que la maladie continue.* » (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Au cours de l'entretien avec un ancien DC, devenu superviseur des DC dans le district de santé, il déclare que les pourcentages de couverture thérapeutiques et géographiques envoyés au district ne reflètent pas la réalité du terrain. Selon lui, les rapports des DC aujourd'hui ne sont plus conformes à la réalité, parce que de son expérience, il y a des populations qui ne reçoivent ou ne prennent pas le médicament pourtant les chiffres déclarés indiquent que la couverture a été faite :

Non ! Les pourcentages envoyés par le district ! Non ! Ça ne reflète pas la réalité du terrain ! je le dis parce que je suis un ancien, mais d'autres disent qu'ils travaillent mais normalement quand on était à deux avec Ngoupayou mama, de fois docteur Moluh même

en 1998, nous voyait comme des sorciers, il fait la supervision lui-même sur le terrain. Partout il passe et il demande aux populations avez-vous pris le médicament ? Les populations répondaient 'il y a un géant monsieur brun avec un noir-là qui avait fait l'accident, on me regardait sur mes deux mains, 'ils ont fait combien de jours ?' les populations disaient, non ils ont fait trois jours ici à Mangnah (un village de la localité). Je dis ceci, les rapports ne peuvent pas être conformes à la réalité, si tu entres tu vas trouver qu'il y a des maisons qui n'ont pas pris mais la population cible, là-bas sur les papiers on déclare que c'est 80% pourtant ce n'est pas ça. Donc on fabrique pour justifier que le travail est bien fait. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Le chiffre de couverture de 80% que l'on présente dans les registres dans la plupart des aires de santé semble donc conventionnel si l'on s'en tient aux déclarations des informateurs. Ce dernier par ailleurs DC expérimenté dans la distribution de par son expérience dans le programme et sa proximité régulière avec les populations et d'autres distributeurs nous a apporté ces réalités non connues de la distribution et de l'introduction des données dans les documents indiqués à cet effet. À la suite de cette révélation, les responsables au niveau de la gestion des données régionales émettent tout de même des réserves quant aux chiffres produits. Ils estiment que pour attester l'adéquation entre les données réelles et les données théoriques il nécessite une étude. Pourtant les faits sont présentés et attestés par des responsables de formations sanitaires. L'un d'eux dit à cet effet :

Bon pour ma part, pour dire que les données de couverture reflètent ou ne reflète pas la réalité, il faut faire une étude parce que je ne peux pas faire un procès d'intention au district qui m'envoie les données, je suppose qu'ils les ont analysées, ils savent ce qu'ils transmettent donc je suppose que c'est la réalité du terrain. Bon maintenant, si on fait une enquête de couverture et qu'on se rend compte qu'il y a des décalages entre les données rapportées et les données réelles ça veut dire que quelque part les gens n'ont pas fait le travail demandé (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam).

La nécessité de réaliser des enquêtes de couverture pour confirmer ou infirmer la couverture géographique et thérapeutique est donc nécessaire comme le souligne ce responsable des données au niveau régional. Mais il faut le dire, les enquêtes de couverture généralement réalisées et auxquelles nous avons à plusieurs reprises pris part ne couvrent pas l'ensemble des communautés sur le plan géographique. Les déclarations des distributeurs eux-mêmes sur la qualité du remplissage des registres de distribution et le témoignage de quelques personnels de santé rencontrés, rendent suffisamment compte du décalage réel qu'il pourrait exister entre les données réelles et les données rapportées.

4.7.3.2. Éléments de référence utilisés pour la vérification des données

Au lancement de la distribution, un registre de distribution est remis au DC. Sur ce registre, il doit notifier la distribution, le nombre de personnes par famille, le nombre de comprimés par personne, etc. C'est donc le principal élément de référence qui permet la

vérification des données comme l'atteste ce responsable de formation sanitaire de Fosset, « Les registres sont les éléments qu'on donne aux DC. Ils travaillent et on les ramasse pour faire la synthèse ». (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset). C'est donc à partir de ce document que les coordonnateurs de la distribution ou encore les chefs d'aires de santé font le suivi de la distribution, vérifient sur la base des formules établies et ressortent les tendances sur la couverture effectuée par le DC, assurent la gestion des comprimés de Mectizan reçus et distribués. En effet, le distributeur reçoit le stock de médicaments en fonction des personnes recensées, comme l'explique cet informateur :

On évalue : s'il augmente ou diminue on va le savoir. Quand ils donnent le Mectizan il y a une formule pour calculer, parce que c'est trois comprimés. Si on te donne le Mectizan et on se rend compte que tu as donné très peu par rapport aux quantités reçues, on ne valide pas la distribution. Peut-être tu as distribué sans porter les notes dans le registre, ça devient difficile. Donc voilà comment on gère. Quand tu apportes plus on connaît, quand tu apportes moins on connaît. Donc quand on donne, on distribue le Mectizan aux gens, selon sa cible, donc avec ta quantité on t'attend avec un certain nombre de personnes que tu vas traiter. Donc au départ, quand ça part dans la communauté, nous avons les carnets de distribution si bien que quand la quantité que tu as donnée dans le centre de santé diminue on voit bien que ça diminue dans le registre. Après, on peut, suivant le plan d'action, reconnaître que dans telle donnée tel nombre de Mectizan, on attend tel résultat. Et pendant la supervision, on descend dans les maisons, on interroge trois-cinq-six ménages ou dix maisons, ou encore dix concessions pour voir s'ils ont pris le Mectizan. Pour ceux qui n'ont pas pris, pourquoi ils n'ont pas pris, peut-être ils n'étaient pas là (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

L'évaluation du remplissage du registre de distribution donne lieu à des interrogations qui amènent les distributeurs à apporter des justifications sur les imprécisions observées sur le remplissage. Cette vérification fait partie des mécanismes de gestion des données au niveau local.

Photo 5 : registre communautaire de traitement de l'onchocercose et de la filariose lymphatique

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DÉPARTEMENT DE CONTRÔLE DES MALADIES
PROGRAMME NATIONAL CONTRE LES MINS
DÉLÉGATION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix - Travail - Patrie


MINSANTE

Registre communautaire de traitement de l'onchocercose et de la filariose lymphatique

District de Santé de: _____ Aire de Santé de: _____

Village / Communauté: _____ Nom du CS: _____

Nom du DC: _____

Année 1: _____ Année 2: _____ Année 3: _____

 Organisation mondiale de la Santé

 USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

 RTI
INTERNATIONAL

 envisiON
a world free of NTDs

 Helen Keller
INTERNATIONAL

 Sightsavers

Photo 6 : guide de l'utilisateur du registre

GUIDE DE L'UTILISATEUR DU REGISTRE

1- À qui appartient-il ?

Le registre est la propriété de la communauté et non du Distributeur Communautaire qui n'en est que l'utilisateur.

2- Pourquoi faut-il bien le remplir ?

L'enregistrement continu et précis des informations qui y sont demandées, permettra aux décideurs une prise de décisions justifiées pour la bonne marche du programme.

3- Comment le remplir ?

Page de couverture : Les informations demandées en couverture permettent l'identification du registre. L'infirmier chef du centre est chargé de remplir cette partie.

Formulaire de Recensement/ Traitement : cette partie sera remplie en respectant les consignes suivantes :

- **Numéro du ménage :** Le numéro figurant ici est le même que celui figurant sur la porte du ménage. Il est symbolisé tel qu'il suit : Minsanté/M 999 où 999 est le numéro précis du ménage.
- **Numéro d'ordre :** C'est un numéro séquentiel attribué à chaque nom enregistré.
- **Nom et prénoms :** Il s'agit du nom et prénoms de tous les résidents du ménage, éligibles et non éligibles
- **Sexe :** Ici on mettra "M" si la personne est un homme et "F" s'il s'agit d'une femme.
- **Age :** C'est l'âge de la personne enregistrée
- **Elève :** Il s'agira, pour tous les enfants de 5-15ans, de dire si oui ou non l'enfant va à l'école en mettant "O" pour oui et "N" pour non.
- **Taille :** Il s'agit de l'information à remplir ici est la taille pour toute personne à qui l'on a donné un traitement au cours de la campagne
- Pour toutes les personnes traitées dans un ménage au cours de la campagne, on précisera pour chaque médicament administré à chaque personne, la dose et la date du traitement.
- **Remarques :** Cette colonne enregistrera les informations telles que effets secondaires, Absent, Refus, Femme enceinte, etc.

On codifiera ainsi qu'il suit :

- ESG : Effets secondaires graves
- ESM : Effets secondaires mineurs
- ABS : Absent
- REF : Refus
- FEN : Femme enceinte
- AVE : Aveugle
- HYD : Hydrocèle
- ELE : Eléphantiasis
- CAT : Cataracte

Rapport de la campagne : Il s'agit ici d'une synthèse annuelle des données contenues dans le registre de traitement. Ce rapport est rempli par le Distributeur Communautaire supervisé par l'Infirmier.

Cette synthèse doit être signée par le Distributeur Communautaire et l'infirmier superviseur pour attester de la fiabilité des informations qui y figurent.

5 - Indicateurs sur le handicap qui seront collectés pendant la campagne de distribution de masse du médicament.

Outre les indicateurs liés aux complications de la maladie (hydrocèle, éléphantiasis), les informations suivantes sur les autres déficiences doivent être recueillies lors de la campagne de distribution de masse du médicament:

- **Déficiência visuelle (DV)**, se référant à la difficulté à voir même lors de l'utilisation de lunettes.
- **Trouble d'audition / troubles de la parole (A / P)**, se référant à la difficulté d'entendre ou de parler.
- **Déficiência Mobile (bras et / ou jambes) (DM)**, se référant à la difficulté de déplacer les membres supérieurs ou inférieurs.
- **Déficiência intellectuelle et mental (DMI)**, se référant à la difficulté de se souvenir ou de se concentrer.

Ces séries de questions suivantes doivent être posées par les Distributeur Communautaire afin de recueillir des indicateurs sur le handicap auto déclaré au cours du recensement et le traitement.

QUESTIONS (par DC pendant le recensement)	Indicateurs à collecter
Avez-vous (a-t-il (elle) des difficultés à voir, même si vous utilisez des lunettes?	• DV: Déficiência visuelle
Avez-vous (a-t-il (elle) des difficultés à entendre ou à parler?	AP: déficiência auditive / de la parole
Avez-vous (a-t-il (elle)) de la difficulté à marcher ou à monter des marches?	• DM: déficiência de la mobilité
Avez-vous (avez-vous ou avez-vous) de la difficulté à vous souvenir ou à vous concentrer?	DIM: Déficiência intellectuelle et mentale

Source : scan par Moustapha Mohamed Nsangou

4.7.3.3. Gestion des données au niveau local

La gestion des données au niveau local commence par l'évaluation et la validation des données des registres des distributeurs communautaires. À partir de ces registres, il est possible non seulement de connaître la quantité médicament reçue et celle distribuée par le DC, mais également le nombre de personnes et de familles touchées par ce dernier dans son aire géographique de compétence. C'est ce qu'explique un responsable de formation sanitaire :

Pour les données, nous commençons par les registres de distribution du Mectizan des DC. Si bien que nous connaissons que chaque DC a reçu telle quantité de Mectizan, on connaît le nombre de DC et du Mectizan, si bien que nous connaissons déjà qu'avec cette quantité tu vas traiter un certain nombre de personnes dans ta zone de couverture. » (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Cet informateur explique le dispositif de contrôle des données tel qu'il devrait fonctionner. Cependant ceci reste théorique. En effet, à travers ces mécanismes théoriques de contrôle et de vérification de la distribution effective, les chefs des aires ont l'impression de maîtriser les sorties et les entrées des médicaments remis aux distributeurs. Cependant, il est clair que les données validées sur les registres par le distributeur n'expriment pas la réalité de la distribution puisqu'en fin de compte on retrouve le médicament dans la communauté hors campagne et chez les vendeurs des médicaments de la rue. Au-delà, il y a la prise différée qui est très fréquente chez les bénéficiaires qui souvent finissent par oublier. Les DC cochent la prise effective sans qu'elle ne soit vraiment confirmée : *« Oui c'est ça ! Quand il donne ça il dit qu'il va prendre après le DC coche alors qu'en réalité il n'a pas pris (rires) donc la prise supervisée n'est plus rigoureuse comme avant. Ça peut être un facteur de, persistance de la maladie. »* (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

On peut donc conclure que les données transmises affirment autre chose que la réalité. Il existe donc une différence entre les données transmises et la réalité. Ce qui fausse les projections sur l'élimination puisque ces données permettent de renseigner les priorités du programme pour l'élimination de la maladie. Il apparaît donc clair que des médicaments circulent dans la communauté sans être consommés comme indiqué ou sans être simplement utilisés. C'est cela qui donne l'opportunité à d'autres usages du médicament dans les communautés de Fosset, Massangam et Kouoptamo.

Conclusion

Ce chapitre était consacré à la mise en œuvre de la lutte contre l'onchocercose dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Il a permis de ressortir les difficultés d'ordre organisationnelle qui constituent des obstacles à l'élimination de la maladie et par ricochet des facteurs de persistance de l'onchocercose. En effet, l'organisation et la mise en

œuvre des activités de distribution ne sont pas toujours adaptées aux réalités locales, notamment les périodes d'activités agricoles et de récolte. Ce qui explique l'absence de certaines populations au passage des distributeurs. Aussi, Les instructions de distribution indiquées ne sont pas respectées par les agents de distribution. De plus, les populations ne respectent que très peu les indications de la prise contrôlée du médicament, c'est-à-dire en présence du distributeur. Au niveau de la gestion des données, celles reportées et servant des renseignements sur les priorités nationales en matière de couvertures thérapeutiques et géographiques, ne reflètent toujours la réalité.

CHAPITRE 5
IMPLICATION DES DISTRIBUTEURS COMMUNAUTAIRES :
STRATÉGIES ALTERNATIVES DANS LA LOCALITÉ DE
MASSANGAM

Introduction

Le distributeur communautaire est un acteur clé dans la lutte contre l'onchocercose. Il est le centre de la réussite de la bataille contre cette maladie. Toute la politique de la stratégie du Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC) repose sur le distributeur communautaire. Ce chapitre est réservé à ce maillon essentiel de la lutte contre l'onchocercose. Il sera question d'une part de présenter dans l'ensemble, la position du DC dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam dans cette lutte d'une part, d'autre part, d'explorer la stratégie de test and treat implémenté depuis quelques années dans des villages particuliers de la localité de Massangam. Cette stratégie alternative peut se définir comme celle spéciale mise sur pied pour une prise en charge spécifique dans des zones atypiques. C'est le cas de certains villages de la localité de Massangam où depuis quelques années s'appliquent la stratégie du Test and treat. Nous nous sommes intéressé à cette approche pour identifier quelques éléments pouvant servir à ressortir les facteurs qui pourraient être utilisés pour atteindre les objectifs de l'élimination de l'onchocercose aujourd'hui vue comme une maladie culturelle chez les Bamoun des localités choisies puisque faisant partie du quotidien et intégrant les pratiques culturelles locales.

5.1. Distributeur Communautaire

Dans le système de santé au Cameroun, des membres de la communauté assurent volontairement et/ou bénévolement le relai entre la communauté et les formations sanitaires couvertes par les unités de santé. Les titres attribués à ces volontaires varient en fonction des programmes. Ils sont appelés Relai Communautaire (RC), Agents Relai Communautaire (ARC), Agents de santé Communautaire (ASC), Agent de santé communautaire Intégré (ASCI) ou Accompagnateur Psychosociale (APS) dans les programmes du paludisme, de la santé maternelle et infantile, du VIH, etc. Dans le programme de lutte contre l'Onchocercose, ces volontaires sont appelés Distributeur Communautaire (DC). Leur rôle, comme son nom l'indique est de distribuer les médicaments dans la communauté, leur communauté. Selon l'OMS, le distributeur communautaire est un volontaire choisi par la communauté et formé pour distribuer le Mectizan. Il peut être une femme ou un homme, et son rôle est aussi celui d'éduquer ses pairs sur l'onchocercose, le Mectizan et toutes les autres questions de santé relatives aux Maladies Tropicales Négligées, autrement dit, le DC est la courroie de transmission entre la communauté et les formations sanitaires dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose et les maladies éponymes. Selon les observations empiriques et selon les données collectées, le rôle du DC semble beaucoup plus élargi à d'autres activités relatives à la lutte contre l'onchocercose.

On pourrait désormais parler des Distributeurs Communautaires Intégrés (DCI). Intégrés parce que, en plus de distribuer selon des stratégies indiquées, il joue également le rôle d'identification et de référence des cas d'onchocercose ou d'autres maladies et manifestations éponymes vers les centres de santé et dans les centres de prise en charge. Il exerce globalement pour l'ensemble des Maladies Tropicales Négligées (MTN). Dans les communautés de Fosset, Kouoptamo et Massangam, devenir Distributeur communautaire est fonction de certaines réalités que nous présenterons ci-dessous.

5.1.1. Devenir un distributeur communautaire

Devenir distributeur communautaire dans le cadre du TIDC requiert des conditions préalablement définies. Le premier critère, d'ailleurs le plus important, est celui d'être membre de la communauté dans laquelle on aspire devenir Distributeur. Selon ce critère, le distributeur doit être un membre de la communauté choisi dans sa communauté par les membres ou les responsables de la communauté. Dans les localités de Kouoptamo, Massangam et Fosset, le critère de choix de distributeur obéit à plusieurs critères localement définis qui encadrent le recrutement ou la sélection des distributeurs. Entre autres critères localement définis, les distributeurs se recrutent par désignation des chefs au nom de la communauté, par recommandation ou renouvellement, par décision des responsables de santé ou par simple demande des personnes volontaires.

5.1.1.1. Devenir DC Par reconduction ou renouvellement demandé par la communauté

La reconduction ou le renouvellement des distributeurs consiste à reprendre les anciens et de continuer le travail. Cette approche a ceci de positif que les anciens DC ont déjà une maîtrise de l'organisation des ménages ainsi que le nombre de personnes et la disponibilité des membres s'y trouvant. Au niveau de la tenue des registres, comme l'a souligné le chef de l'aire de santé de Njindoun à Kouopatmo, les anciens DC ont l'avantage de maîtriser le remplissage du registre de distribution, outils qui permet le suivi des données de la couverture thérapeutique et géographique. Cet outil permet aussi de valider ou d'invalider la couverture de la distribution dans un village donné. Notre informateur, à propos des anciens DC, dit en effet que :

les anciens DC maîtrisent déjà le remplissage des registres, et c'est plus facile de contrôler et de vérifier leur remplissage. En plus ils ont souvent enregistré les ménages, donc ce n'est plus un problème pour eux de le faire. Alors qu'avec les nouveaux, il faut tout reprendre et il faut du temps avant qu'ils ne maîtrisent, alors que nous n'avons pas souvent beaucoup de temps pour la distribution. Mais comme chaque année les DC démissionnent, ce n'est pas évident, on est obligé de faire comme ça. (Entretien réalisé le 23/02/20 à Kouoptamo).

Il est donc plus facile de faire avec les anciens qu'avec les nouveaux DC. Toutefois il convient de souligner qu'à chaque séquence de distribution, nouveaux comme anciens distributeurs, tous assistent ensemble à une séance de formation comme l'indique cet agent de santé :

Je pense qu'on les appelle seulement, ce sont souvent les anciens et lorsque les nouveaux arrivent on les forme également puisqu'on fait toujours la formation avant de lancer la distribution. On les prend souvent soit par quartier, soit par village pour qu'ils soient formés pour rentrer distribuer dans leurs différentes communautés. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Les distributeurs sont alors choisis par village ou par quartier pour des questions de représentativité. Ces derniers devraient alors assurer la distribution du Mectizan dans leurs différentes communautés ou zones de distribution, rôle assignée soit par leur village, soit par simple décision du responsable de la formation sanitaire. Mais le principe voudrait que chaque distributeur vienne d'une communauté et distribue dans la même communauté. La réalité aujourd'hui c'est que les responsables des formations sanitaires, partant sur le principe que ces membres des communautés en connaissent d'autres, bien que n'étant pas les leurs, désignent les DC pour couvrir les localités qui n'ont pas présenté de distributeur. Il arrive généralement que la formation sanitaire fasse une demande auprès des chefs des communautés pour avoir à sa disposition un distributeur communautaire.

5.1.1.2. Distributeur choisi par le chef de la communauté à la demande de l'hôpital

Le distributeur est aussi désigné par les responsables des communautés sur la demande de l'hôpital ou des responsables des formations sanitaires locales. En réalité comme l'explique cet informateur de Massangam, lorsque les responsables des formations sanitaires ont besoin d'un appui ou d'un distributeur communautaire, ils rencontrent les chefs des communautés où le besoin se fait sentir et ceux-ci lui désignent des personnes pour assurer la distribution. Il le dit en effet :

Oui, c'est quand un soignant voit que tu peux l'aider, il entre dans les quartiers ou les villages. Le chef de village, connaissant certains critères, faisait appel à certains enfants, il les envoyait comme distributeurs. Jusqu'à présent le chef de village envoie les distributeurs communautaires chez les chefs des aires de santé pour que ces derniers les brief. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Les personnes ainsi mises à la disposition du responsable de l'aire de santé par le chef de la communauté sont alors formées et capitalisées pour les activités de santé dont ils font l'objet de sollicitation. Par ailleurs, en l'absence des membres de la communauté, les agents de santé

ou les membres du personnel de la formation sanitaire sont convertis en lieu et place du distributeur pour assurer ce rôle.

5.1.1.3. Distributeurs communautaires, personnels de la formation sanitaire

Parler de distributeurs comme personnel de la formation sanitaire relève du fait que dans les aires de santé, de plus en plus, les distributeurs sont désignés parmi certains membres du personnel de santé. En réalité dans les communautés de Fosset, Kouoptamo et de Massangam, de plus en plus les membres désignés pour travailler comme distributeurs communautaires renoncent à leur poste. Les responsables des formations sanitaires tenus par les contrats de collaboration sont parfois contraints d'engager certains de leur personnel (stagiaires, agents logistiques, agents d'entretien et de soutien, gardiens et même certains infirmiers etc.), pour cette activité communautaire. À Fosset par exemple « *ce sont les infirmiers, le personnel du centre de santé, qui font la distribution parce que les gens de la communauté refusent de faire le travail* » (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset). Lorsque l'on interroge des distributeurs communautaires pour savoir comment ils deviennent distributeurs, on peut aisément comprendre que désormais et de plus en plus ce sont les responsables de formations sanitaires qui ont la charge de recruter ou de désigner les distributeurs. C'est d'ailleurs ce qui ressort des propos de cet agent d'entretien devenu distributeur :

En ce qui me concerne, moi je travaillais là-bas, et un jour lorsque je suis venu au travail, la campagne de Mectizan arrivait. Dans mon village à Mawouon, les DC qui distribuaient là-bas avaient tous démissionné, ils ont dit qu'ils ne distribuent plus, et le chef du centre m'a demandé si je pouvais aller faire ce travail pour ma communauté, ce que j'ai accepté et c'est comme ça que je suis devenu distributeur. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Dans la communauté également, les membres relèvent ce genre de recrutement des distributeurs. Même si cela peut souffrir de quelques perceptions, toujours est-il qu'ils renseignent sur cette réalité qui est la démission des DC. Ce qui oblige les responsables des formations sanitaires à utiliser leur personnel pour travailler en lieu et place de ces distributeurs. On relève tout de même un paradoxe relatif aux déclarations de ce dernier informateur. En réalité, dans la communauté, des membres ont signalés le caractère difficile et les affinités qui existe dans le recrutement des DC au niveau de la formation sanitaire. Pour ces membres de la communauté, pour être distributeur, il faut avoir une relation avec quelqu'un dans la formation sanitaire qui intervient pour le recrutement. En exprimant leur connaissance sur le sujet un informateur déclare :

Ce que moi je sais est que lorsque tu as quelqu'un devant, lorsqu'on est en train de distribuer, il donne ton nom, ta connaissance donc quelqu'un qui te connaît. Par exemple

le DC chez qui tu sors là, son frère est là-bas à l'hôpital, il ne pouvait pas manquer de donner son nom. On choisit à l'hôpital puisque ça sort de là-bas pour qu'on distribue aux gens. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Bien que ceci reflète la réalité des communautés, il reste que cela ne respecte pas à la base l'idée du TIDC dans le recrutement du distributeur. Le DC doit venir de la communauté et être désigné par la communauté pour la servir. La réalité est comme on le constate, différente dans les communautés sous étude. Devenir distributeur communautaire obéit donc à des critères variés dans ces communautés. Ce qu'il faut déjà retenir c'est que les distributeurs connus dans le travail de distribution désistent de plus en plus sous le prétexte que leur prise en charge devient faible ou carrément absente. Qu'il soit désigné par la communauté ou la formation sanitaire, il y a des caractéristiques sur lesquelles la décision d'élire un distributeur se fonde. Il s'agit bien évidemment des critères bien précis.

5.1.2. Profil du Distributeur Communautaire

Parler du profil du distributeur communautaire revient à décrire les critères officiels pour devenir distributeur et les caractéristiques réelles dans les localités. Selon le programme TIDC, le distributeur est un membre de la communauté qui est formé et qui en retour forme ses pairs sur les questions de santé notamment celles de l'onchocercose et d'autres Maladies Tropicales Négligées. Théoriquement le distributeur doit savoir au moins lire et écrire le français ou l'anglais en fonction de la région ou de la localité ; il doit maîtriser la langue locale pour pouvoir passer un message. D'ailleurs un responsable du programme fait ces précisions en ces termes :

C'est quelqu'un qui sait au moins lire et écrire, et qui est capable de passer un message, et quelqu'un qui est surtout accepté par la communauté et qui doit travailler dans sa communauté. C'est pour cela qu'il doit être de la communauté et être accepté parce que si vous prenez un voleur dans un village comme DC, ça ne peut pas marcher, les gens ne vont pas l'accepter chez eux. » (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam).

Savoir lire et écrire, pouvoir transmettre un message et être accepté par la communauté, tels sont les critères que relève ce responsable. Au-delà de ces critères purement intellectuels, le DC non seulement doit être un membre de la communauté mais surtout habiter dans la communauté. Ces précisions viennent des déclarations du chef de l'aire de santé de Massangam qui s'exprime en ces termes :

Un DC doit être une personne qui habite dans la communauté, qui connaît écrire et lire, en français ou en Anglais, et doit parler aussi le patois de cette communauté de façon à entendre et traduire ce qu'ils veulent dire pendant ses visites à domicile. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Au-delà de ces critères, le distributeur, comme l'ajoute ce responsable du niveau régional dans la gestion de l'onchocercose, doit être accepté dans sa communauté et pour cela, il est choisi par la communauté par l'intermédiaire des leaders communautaires notamment les chefs de village ou de quartier. Un distributeur communautaire doit avoir au moins un certificat d'étude primaire, il doit savoir remplir les fiches. Pour un bon profil du distributeur selon cet informateur :

Il doit être accueillant, discipliné, savoir amener une causerie en communauté, puisque tu ne peux pas arriver dans une communauté tu les menaces et prennent tes produits. Il doit avoir au moins un CEP. Sans ce diplôme tu vas remplir le registre comment ? Et si tu es devant quelqu'un qui ne comprend pas le patois, tu fais comment ? Tu dois savoir parler le français ou l'anglais. Massangam a plusieurs ethnies, il y a les anglophones il y a les Bamileké, il y a les Bafia, les Balon. Les gens de Massangam constituent un peuple mégaloophone. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Il est donc important que le distributeur remplisse ces conditions sans lesquelles il ne saurait bien accomplir ses tâches de distribution et de remplissage correct des registres de distribution. Cependant, dans les communautés de Fosset, Massangam et Kouoptamo, nous avons rencontré des distributeurs qui ne remplissaient pas ces conditions mais qui ont cependant été recruté à ce titre. En réalité, des DC ont été incapables de former en retour leurs pairs. Pour eux, l'important c'est de savoir corroborer la taille et le nombre de comprimés à remettre au bénéficiaire. Ils se servent uniquement de la toise pour déterminer la taille et déduire le nombre de comprimés à administrer. Revenant à la définition de APOC, le distributeur est un membre de la communauté choisi dans la communauté et être quelqu'un de stable dans la communauté « *c'est celui-là qui est stable dans la communauté, qui est autochtone et connu dans la communauté* ». Cela suppose que ce dernier ne devrait pas être membre ou proche d'une manière que ce soit du corps médical. Ces propos ci-dessous font échos du non respect des règlements établis pour le choix d'un DC et par conséquent le bon suivi de la distribution tel que cela est exigé :

Je suis agent de santé communautaire et en même temps je suis AS, aide-soignante, en même temps ASC agent de santé communautaire. Ma zone de couverture c'est Kouopjoh. Je travaille ici à l'hôpital. Moi je suis, agent d'appuis de l'hôpital de district de Kouoptamo. Ma zone de couverture c'est Sankah. Bref, c'est moi qui m'occupe de la propreté ici à l'hôpital et j'assiste souvent le personnel médical quand je suis libre. Quand il y a la distribution mon chef me demande de distribuer et on m'envoie à Sankah puisque mon village est proche de là-bas. (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Sur ces propos d'un informateur de Kouoptamo, on comprend qu'on est face à un aide-soignant dont le poste occupé est celui d'agent d'entretien dans la formation sanitaire. Il intervient cependant dans plusieurs activités et programmes de santé communautaire en tant qu'agent de

santé (ASC). A la demande du responsable de la formation sanitaire, il est Distributeur Communautaire de Mectizan dans son village pendant les campagnes de masse. On observe un cas similaire à Fosset. Un membre de la communauté illustre par ces propos :

Il habite là derrière, c'est le DC qui vient souvent me donner. Quand je ne suis pas là, il réserve pour moi. Il travaille à l'hôpital, c'est le gardien et comme il est là-bas, c'est lui qui fait la distribution ici. Quand tu arrives à l'hôpital tu demandes il est là-bas. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Comme à Kouoptamo, le distributeur est membre du personnel de la formation sanitaire. Pour ce dernier comme le dit ce membre de la communauté, il est agent de sécurité à l'hôpital et en même temps distributeur dans son quartier. Dans certains cas, les responsables des FOSA n'ont pas d'autre choix que de demander aux stagiaires de faire le travail de distribution dans la communauté bien que n'étant pas membre. C'est l'exemple de ce responsable de Massangam qui affirme utiliser ses stagiaires lorsque les DC formés décident de ne plus revenir pour le lancement de la distribution. Il dit en effet :

Comme les DC refusent de venir pour la distribution, on forme et quand le médicament arrive ils ne viennent pas chercher on fait comment ? Comme c'est parfois la période où il y a les stagiaires ici, on leur demande de le faire et ils vont aussi se débrouiller dans la communauté pour distribuer. C'est comme ça qu'on fait, (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

En résumé, dans les communautés de kouoptamo, Fosset et Masssangam, face aux nombreux désistements et abandons, des distributeurs communautaires pour des raisons qui seront abordées plus tard, sont de plus en plus, soit des agents de santé, des agents d'entretien, des agents de sécurité ou d'autres personnels membres du corps de la santé et aussi du personnel stagiaire présent dans les formations sanitaires au moment de la campagne de distribution de Mectizan. C'est ce qu'on peut déduire des différents profils relevés lors des différents entretiens et groupes de discussion. Pour ce qui est particulièrement du personnel stagiaire, il faut préciser que le manque de connaissance de la communauté, est un véritable frein pour ceux-ci et pour l'atteinte des objectifs de couverture.

Par ailleurs, à voir ces profils, il n'est nul doute que le choix des distributeurs est désormais décidé par les responsables des formations sanitaires ou alors influencé par ces derniers. On peut également voir en cela une certaine obligation, une contrainte ou encore une sorte de pression faite sur le distributeur pour qu'il accepte de faire ce travail de distribution. Puisque les raisons évoquées justifient la démission des distributeurs est la faible ou le manque

de prise en charge. En résumé le profil réel du distributeur tranche net avec celui recommandé. Cela rend également compte de la persistance de la maladie. Cela par le fait que les distributeurs ainsi engagés ne respectent pas les critères officiels et par conséquent ne permettent forcément pas d'atteindre les objectifs assignés de distribution.

5.1.3. Expérience de distributeur

L'intitulé expérience de distributeur est le lieu de chercher à comprendre l'état des connaissances acquises par les membres de la communauté en tant que participant actif aux activités de lutte contre l'onchocercose. Dans l'analyse des différents profils des distributeurs rencontrés, le nombre d'années d'expérience de distributeur variait entre 4 et 23 ans au moment de la collecte des données sur le terrain. Fort de celle-ci, très longue pour certains et moins pour d'autres, les distributeurs ont assez de connaissances qui leur permettent de s'étendre sur le parcours et l'évolution des activités de santé communautaire en rapport avec la lutte contre l'onchocercose. C'est l'exemple de cet informateur de Kouoptamo qui essaye de décrire les différentes évolutions au niveau de l'implication financière et de la distribution communautaire. Partant de son expérience personnelle de la maladie, il ressort l'impact positif du Mectizan et par là, sa motivation à la consommation de ce médicament.

Ça fait 20 ans, parce que je suis arrivé ici en 1996. Au début tu donnais cent francs (100f) pour quatre comprimés de Mectizan. Moi aussi j'avais les problèmes des yeux et le mal de tête, quand mes yeux me faisaient mal ça me donnait beaucoup de maux de tête, mais lorsque j'avais pris le Mectizan, tout cela s'est arrêté et je voyais loin maintenant. Et c'est comme ça que j'ai commencé à prendre le Mectizan. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

De ses vingt années d'expérience ce distributeur a adhérer et atteste de l'importance du Mectizan dans le traitement des maux d'yeux. Pour d'autres distributeurs, la majorité d'ailleurs, la prise en charge reste et demeure un problème. C'est ce que souligne cet autre de Kouoptamo lorsqu'il déclare que des distributeurs ont abandonné l'activité faute de prise en charge.

Ça fait déjà longtemps, ça a déjà duré depuis 2011, j'ai déjà mis long dedans. Et il y a même d'autres qui ont démissionné parce qu'à chaque fois on dit que l'argent arrive, on dit que l'argent est en route pour venir, après on dit que l'argent est dans le carton et ça décourage plusieurs personnes parce qu'on dit et on ne donne vraiment rien, même pas l'argent de transport. Ce qu'il faut donner on ne nous donne pas. Parfois on donne tard, alors que tu as la volonté de distribuer et le chef de centre ne peut pas aller distribuer le Mectizan lui seul. S'il n'y a pas de DC pour l'aider pour la distribution, ça ne peut pas aller. (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

On comprend bien que la question de la prise en charge chez le distributeur est un problème crucial dans leur fidélisation à l'activité qui concourt à prévenir et à traiter l'onchocercose. En ceci, les membres de la communauté sont appelés à soutenir les DC. Avant de revenir sur la prise en charge des DC nous parlerons de la formation des distributeurs dans le lancement des campagnes de distribution.

5.1.4. Formation des distributeurs communautaires

La formation des distributeurs communautaires est une étape importante pendant la période de distribution du médicament. Elle se déroule au niveau des chefs d'aire de santé avant le début des journées de distribution. Il existe aujourd'hui des améliorations liées à l'attente après la formation. Pour éviter la disparition de certains distributeurs devenus occupés après une longue période d'attente du lancement de la distribution après la formation. Aujourd'hui, ce lancement se fait immédiatement après la formation. D'observation empirique, nous avons noté une légèreté dans la formation des distributeurs. Elle n'est rien d'autre qu'une séance organisée pour remettre les comprimés aux distributeurs pour leur distribution. D'ailleurs les DC eux même, ont souligné qu'il s'agit d'un recyclage pour les anciens et pour les nouveaux DC recrutés c'est une formation bâclée. C'est ce qui fait intervenir cet interlocuteur :

La formation, même si ce sont des recyclages, il y a les nouveaux parmi nous, mais elle est bâclée. Ils bâclent et surtout pour les nouveaux qui n'ont pas de notion. Pour moi ce n'est pas seulement donner les comprimés, l'essentiel c'est la sensibilisation, l'implication d'autres acteurs, les chefs de village, les chefs de block, les leaders religieux et traditionnels dans l'organisation et la sensibilisation afin que quelqu'un au moins se sente qu'il doit tout faire pour rendre la personne en confiance pour la prise du Mectizan. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

À lire les propos de ce distributeur, les formations sont très peu sérieuses et ne prennent pas en compte certains acteurs clés de la communauté. Pourtant ces acteurs de par leur influence peuvent impacter et augmenter l'adhésion des populations mais aussi faciliter la prise en charge de ces distributeurs par la communauté comme il est désormais souhaité. Pour une vue plus large des contenus des formations nous avons interrogé les DC sur les différentes étapes des formations reçues.

5.1.4.1. Modules de formation des DC

Les modules de formation, sont une référence à tout ce qui constitue l'ensemble des unités de formation faisant l'architecture des connaissances à transmettre aux distributeurs afin que ces derniers accomplissent bien leur tâche de distribution. Pour identifier les différentes unités de formation, nous avons interrogé les DC, ceci pour mesurer leur degré de connaissance sur

les éléments de base de l'activité. Les DC sont, selon les informations recueillies, formés sur les maladies prise en charge par administration du Mectizan, sa posologie et les conditions requises pour recevoir le médicament. De façon globale, la formation va de la définition de la maladie et sa cause, les maladies éponymes jusqu'aux instructions de la distribution. Les différents morceaux choisis ci-après illustrent le contenu des formations présentés dans les propos des distributeurs communautaires rencontrés à Kouoptamo, Fosset et Massangam :

Par rapport à la formation, on définit d'abord ce que c'est que l'onchocercose. On nous forme sur les maladies, pour lesquelles le Mectizan lutte, on cite les différentes maladies par exemple comme, il y a les, le Pian, les différentes MTN, on essaie de citer ça aux gens. On vous explique aussi comment vous devez procéder pour donner, prendre la taille et l'âge. Pendant la formation, on recommande de ne pas donner aux gens qui sont gravement malades, on ne doit pas donner aux enfants de moins de cinq ans, aussi aux femmes enceintes, et à celles qui viennent d'accoucher. C'est après une semaine qu'on leur donne, On ne donne pas à la personne qui a pris de l'alcool au moment où vous arrivez on ne lui donne pas. On récapitule un peu ces critères-là. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

À la suite de ces explications sur la maladie et la cause, les différentes maladies dont les manifestations se rapportent à l'onchocercose, les modalités et les critères de distribution, les DC rapportent qu'une évaluation écrite est souvent organisée à l'issue de laquelle ils sont retenus. C'est ce qu'un DC de Fosset déclare :

Quand ils arrivent pour la campagne, on fait même souvent des examens écrits. Ils écrivent souvent à propos de la maladie au tableau, on pose souvent des questions de vrai ou faux et les gens choisissent la vraie réponse. On fait souvent des cas pratiques de distribution. Tu expliques comment tu vas donner le médicament, c'est comme des essais avant d'arriver sur le terrain. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Les formations sont donc sanctionnées des séances de simulation pour tester la maîtrise des outils et des techniques de distribution. Cependant, nous ne nous sommes pas arrêtés à interroger l'effectivité de la formation, mais aussi le niveau de connaissance des distributeurs à l'issue de ces formations en ce qui concerne la maladie ses causes, ses manifestations, le traitement, etc. En réalité nous pensons que le rôle du distributeur est aussi d'informer les populations. Cela requiert, une bonne maîtrise de la question afin de pouvoir répondre aux préoccupations des bénéficiaires sur la maladie et le médicament.

5.1.4.2. Connaissance du mode de transmission de l'onchocercose

Les connaissances des DC sur le mode de transmission de l'onchocercose sont faibles. Mais dans les explications en langue vernaculaire, on se rend compte que les distributeurs ne font pas la différence entre la simule, vecteur de l'onchocercose et le moustique (anophèle femelle) vecteur du paludisme qu'on retrouve aussi dans les localités de Kouoptamo, Fosset et

Massangam comme partout au Cameroun. Pour plusieurs distributeurs rencontrés, l'onchocercose est transmise par la piqûre du moustique. « *Elle se transmet par le moustique à l'homme ; c'est la piqûre de moustique* » (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset). Ce manque de connaissance sur la cause de la maladie ne permet pas à ce dernier de donner une information appropriée pour des mesures de précautions à prendre afin d'éviter les piqûres des simules, principaux vecteurs connus de la maladie. C'est ce manque de renseignements qui fait l'objet de refus des populations à adhérer aux campagnes et au médicament distribué gracieusement. Il faut cependant souligner que dans certaines localités de Massangam où, depuis quelques années la lutte est beaucoup plus accentuée, les populations aujourd'hui parviennent à distinguer le vecteur du paludisme à celui de l'onchocercose. Dans cette localité, les populations dans la langue locale nomment la simule *Poeut* différent du moustique qu'elles appellent *Gningnin*.

5.1.4.3. Connaissances des Distributeurs Communautaires sur l'onchocercose

Tester la connaissance des DC sur l'onchocercose et ses manifestations vise à évaluer le niveau de connaissance de ces derniers en tant que courroie de transmission entre la communauté et les formations sanitaires. En réalité sur le terrain, plusieurs membres des communautés des zones en étude, dans leurs explications de la maladie expriment un manque de connaissance. Le Mectizan est connu d'être gracieusement distribué chaque année mais la plupart ignorent véritablement les raisons de cette distribution régulière. Certains affirment que le médicament a apporté des solutions à plusieurs maux du corps et des états morbides auparavant connus dans les communautés, mais dans les explications très peu en réfèrent à l'onchocercose ou à la cécité des rivières ou encore aux piqûres par les simules dont ils sont victimes. Ceci nous fait comprendre un faible ou une absence de connaissances en interrogeant les distributeurs dont l'autre rôle est celui d'informer la population afin que celle-ci sache l'objectif de la distribution. Il en ressort ainsi que plusieurs d'entre eux n'ont pas de connaissance sur l'onchocercose et l'objet de la distribution du Mectizan. D'autres sont juste des distributeurs ponctuels qui n'assistent pas à des formations dédiées à la distribution. Ils sont d'ailleurs aujourd'hui les plus nombreux à exercer le travail de distribution au vu de la démission régulièrement constatée des distributeurs expérimentés. Ils vous diront par exemple que l'onchocercose est causée par les moustiques, maladie du sang due aux œdèmes et à la perte de la vue à long terme « *C'est une maladie qui est dans le sang de quelqu'un. C'est une maladie causée par les moustiques, et qui se trouve dans le sang, et qui peut entraîner les œdèmes, la perte de la vue, et les filaires.* » (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Il existe cependant des distributeurs ayant une acquisition en matière de connaissance sur l'onchocercose. Pour eux, l'onchocercose est une maladie très résistante qui se transmet d'une personne malade à une autre saine à travers les piqûres des simules, et dont la complication est la cécité ou la perte de la vue. La transmission d'homme à homme est le véritable problème chez les populations de Kouoptamo Fosset et Massangam où la maladie persiste. D'où les propos de cet ancien distributeur de Massangam :

L'onchocercose c'est une maladie qui est trop résistante, parce que la simule parvient à piquer quelqu'un qui n'a pas pris le Mectizan et elle va transférer encore ce sang-là chez celui qui en prenait. C'est là où il y a le véritable problème puisque beaucoup dans les communautés refusent la prise du Mectizan. Vous les conseillez, vous leur faites des counselings, mais ils résistent à prendre le traitement. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

La maladie se transmet d'un homme à un autre par l'intermédiaire du vecteur mais Comme l'explique cet informateur, le véritable problème de la persistance de l'onchocercose aujourd'hui est celui du refus de certaines personnes à adhérer ou à observer le traitement. L'évaluation des connaissances des distributeurs s'est élargie à la connaissance des différentes manifestations de la maladie.

5.1.4.4. Connaissance des Distributeurs Communautaires sur les manifestations de l'onchocercose

Pour ce qui est des manifestations, les DC ont des connaissances sur les différentes manifestations. Ces connaissances théoriquement acquises sont parfois observées dans les communautés et les DC en rendent aisément compte.

On voit comment ses membres se déforment ou grossissent. L'apparition des boutons sur le corps, ses yeux par exemple qui changent de couleur et deviennent jaunes. Le genre qu'il ne voit même plus, ou alors les yeux qui rougissent. Par exemple il y avait un là que ses yeux étaient devenus noirs et tout rouges à l'intérieur, mais lorsqu'il a pris le Mectizan, ça s'est amélioré, ses yeux sont devenus clairs. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Ce type de manifestations comme le décrivent les DC, encore existantes de nos jours, sont une preuve que la maladie continue d'exister malgré les années de campagnes et de lutte de masse à travers la couverture de distribution annuelle et gratuite du médicament. Chercher à comprendre les connaissances des distributeurs est important dans la mesure où, comme nous l'avons dit, ces derniers sont également la courroie de transmission entre les populations bénéficiaires et les formations sanitaires. De ce fait, ils doivent être capables d'informer et d'éduquer les populations sur les questions de santé. Pour le cas d'espèce, de par leur désignation, ils sont des distributeurs communautaires dans le cadre du programme de lutte

contre l'onchocercose. Par conséquent ils doivent être à même de répondre aux préoccupations des bénéficiaires sur tout ce qui concerne l'onchocercose et le médicament, même si cela reste dans la superficialité.

5.1.5. Travail de Distributeurs Communautaires et gestion du médicament post campagne

Dans ce titre, nous présentons l'activité du DC vue comme activité ponctuelle entre volontariat et bénévolat et aussi la détention et la gestion des médicaments après les campagnes de couverture de masse pendant lesquelles la distribution est règlementée et contrôlée.

5.1.5.1. Travail de distributeur communautaire : une activité ponctuelle

Le travail de distribution communautaire est d'abord une activité ponctuelle. Elle survient une à deux fois par an. Certains distributeurs sont convoqués uniquement pendant les périodes de distribution et sont libres juste après la distribution. D'autres par contre sont des auxiliaires de l'aire de santé communautaire. Ils interviennent dans l'ensemble des activités de santé qui concernent la communauté. À Kouoptamo par exemple, les DC assurent les rôles presque identiques dans tous les programmes disponibles dans le district de santé. Ils estiment avoir une rémunération règlementée et fixée selon l'activité de santé à laquelle ils participent comme la distribution communautaire du Mectizan. Ils sont accompagnateur psychosociaux, agents relais communautaires intégrés, agents des services dans les aires de santé et les districts, etc. C'est d'ailleurs le cas de ce distributeur de Massangam qui, selon ses propres déclarations exerce plus d'une dizaine d'activités dans l'aire de santé. Pour lui, comme les autres à Kouoptamo, l'action d'assurer le relai avec les formations sanitaire est une véritable activité professionnelle et permanente. Il en dit à cet effet :

Moi je fais les champs et j'aide aussi les promotions de la santé, parce que je vais beaucoup vers les communautés comme distributeur communautaire. Je suis aussi le point focal communautaire de l'aire, et je suis aussi le point focal Hiv free, pour le projet HIV Free. Donc je travaille beaucoup avec les communautés, et par rapport à l'oncho, j'ai eu à faire des descentes en 2012 avec une équipe américaine à Makouopsap et à Mankare là où les mout-mouts, les similies sont très nombreuses et c'est avec life club des États Unis et tout récemment j'étais avec Sightsavers, et j'ai aussi travaillé avec GAÏD par rapport à l'oncho. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Ce distributeur, comme on peut le lire dans son propos, fait partie de plusieurs activités en rapport avec non seulement l'onchocercose, mais avec plusieurs programmes de santé. Le travail de DC vu comme un travail d'auxiliaire à la santé est donc permanent pour les uns et périodique ou ponctuel pour les autres. Dans le TIDC particulièrement, le travail de DC aujourd'hui est beaucoup plus bénévole que volontaire.

5.1.5.2. Distribution communautaire, du volontariat au bénévolat

Dès les premières années de distribution de masse du Mectizan, la participation aux campagnes en tant que distributeur était volontaire. Il recevait une indemnité ou une sorte de compensation financière permettant de mener l'activité. Il y avait une motivation financière qui encourageait les DC à faire le travail. De plus en plus de nos jours, cette motivation est presque inexistante et rend l'activité pernicieuse et en proie à plusieurs débordements. Comme l'affirme cet interlocuteur :

C'est du bénévolat puisqu'eux, ils nous font comprendre qu'il n'y a plus de financement. Avant il y avait quand même une motivation, mais maintenant ce n'est plus cela puisque le jour de la formation, on vous donne l'argent de taxi deux-deux mille, et c'est fini ! On vous attend avec le rapport. Il y a de cela cinq ans voir même plus que c'est le bénévolat. Depuis ce n'est pas facile, il n'y a rien. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Selon les acteurs de la distribution, le problème du retrait ou du refus de certains à y participer vient de l'annulation de la motivation. Sur la pratique, la distribution communautaire est aujourd'hui un travail de bénévolat, ce à quoi n'adhèrent pas les populations et même ces distributeurs qui ont souvent le choix de mener leurs activités économiques quotidiennes que de faire la distribution. Résultat de course, le distributeur, est remplacé par le personnel de santé ou des stagiaires et d'autres membres du personnel dans les formations sanitaires ou les services de district de santé. Ce qui rend moins efficace la couverture géographique et thérapeutique ensuite. Ce manque de motivation explique également la détention et la distribution du médicament par certains DC au-delà des périodes de campagnes.

5.1.5.3. Détention abusive du médicament et distribution au-delà des périodes de campagnes

Les distributeurs détiennent abusivement les comprimés du Mectizan par devers eux et les distribuent au-delà des périodes de campagnes. Selon le principe, pour éviter toute utilisation non appropriée du médicament, les distributeurs ne doivent pas rester dans la communauté après les campagnes. Ils font leur rapport et ramènent le reste des médicaments, d'où la méthode de la prise contrôlée devant le DC. Le superviseur des DC de Massangam souligne d'ailleurs à cet effet que les DC sont supposés revenir avec le reste des médicaments au moment où ils déposent leur rapport de distribution. Il le dit en ces termes,

Non tu vas en disposer comment, puisque tu es supposé avoir remis le reste du Mectizan quand tu fais ta synthèse ? Tu vas dire que tu as vu où ? Puisqu'après chaque campagne on doit remettre le reste ! Le reste est remis au BS et c'est lui qui peut disposer des médicaments après la campagne. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Il n'existe donc pas de possibilité qu'un distributeur justifie la détention par devers lui les médicaments après la campagne de distribution puisqu'il est censé faire un rapport et retourner le reste de comprimés non distribués à la formation sanitaire. Cependant à suivre les déclarations des populations, les DC détiennent les médicaments qu'ils distribuent à tout moment aux membres de la communauté. Voici une de leurs déclarations :

Je traite toujours avec lui. Puisque j'ai souvent les yeux qui grattent à chaque fois que le médicament est fini dans mon sang. Si à ce moment on n'a pas encore commencé la distribution, je m'adresse au communicateur, s'il en a il me donne. Et lorsque j'ai pris, mes yeux arrêtent de démanger. (FGD réalisé 21/04/20 à Kouoptamo).

Ainsi, à tout moment l'on peut solliciter et obtenir le Mectizan auprès du distributeur. Ceci est une affirmation de la détention par les DC du reste des médicaments. Ils gardent pour les personnes absentes qu'ils auraient enregistrées ou moment du recensement. Cependant les données sont déjà transmises pourtant la distribution continue dans la communauté. Certains interlocuteurs qui trouvent un caractère normal à cette pratique interviennent dans ce sens :

Oui puisque lorsqu'ils sortent pour distribuer, ce qu'ils avaient reçu dans la boîte, s'ils distribuent et qu'il y a reste, ils peuvent rentrer avec. Tu peux aller voir la personne qui t'a enregistré. Par exemple celui qui est dans notre quartier tu vas lui dire que tu n'as pas reçu le médicament et il t'en donne. (Entretien réalisé 20/04/20 à Kouoptamo).

Pour cet interlocuteur, les distributeurs ayant la liste des personnes recensées, retiennent pour celles qui n'ont pas reçu pour ensuite les leur donner à leur demande. Un autre informateur aborde dans le même sens et ajoute qu'il est préférable pour le distributeur de garder avec lui les médicaments des personnes absentes sur sa liste pour se rassurer que ces derniers aillent le consommer en sa présence. Il déclare ainsi que : « *La condition c'est que lorsque l'on donne les médicaments et on doute que tu as avalé ou que tu es absent, alors qu'on a distribué, ils préfèrent aller avec, si tu as besoin tu demandes et on te donne* ». (Entretien réalisé 21/04/20 à Kouoptamo). Voilà des pratiques qui, pour certains DC bienveillants, comporteraient des risques, dans la mesure où la gestion des effets secondaires tient en compte une période déterminée située dans le cadre de la campagne. Ainsi s'exprime cet enquêté :

Moi je trouve ça dangereux. Il paraît que ceux qui ne respectent pas les règles, parfois gardent quelques-uns parce qu'il y a quelqu'un qui devait arriver. Quand il arrive, moi, puisque nous n'avons pas abordé le côté effets secondaires, j'ai peur parce que même si tu es qui pour moi, je ne te donne pas, parce que je ne peux pas rester pour donner après, parce que c'est dans un programme qu'on gère les effets secondaires. Donc je respecte les règles. (Entretien réalisé 23/02/20 à Kouoptamo).

Les populations reçoivent donc des médicaments au-delà des périodes de campagne, car elles ne sont pas informées par les DC que la prise en charge gratuite des effets secondaires n'est

possible que pendant une période qui couvre la campagne de distribution. Elles se retrouvent ainsi face à des effets secondaires auxquels elles sont contraintes de payer elles-mêmes leurs soins. Cette situation occasionne donc les refus. Au-delà de cette détention pour distribution différée, la face cachée, c'est parfois la recherche des bénéfices que les DC peuvent tirer de la vente de ces médicaments devenus précieux pour des communautés qui les utilisent pour plusieurs besoins déjà cités.

5.1.5.4. Distributeurs communautaires et vente des médicaments

Le Mectizan, au vu de ses divers usages dans les communautés de Fosset, Kouoptamo et Massangam, est fortement demandé. Le distributeur face à la suspension de la prise en charge profite de cette demande pour ventiler quelques comprimés afin d'avoir un peu d'argent. *« Parfois ce sont les populations qui obligent le DC à vendre puisque si elles refusent elles disent aller acheter au marché et c'est toi qui perds ! »* nous affirmait un informateur en entretien spontané dans un véhicule de transports en commun en route pour Kouoptamo. Dans certaines localités, la vente de l'Ivermectine s'effectue dans les marchés par les vendeurs des médicaments de la rue. Ce constat est fait pendant des descentes de contrôle dans les marchés. Comme le déclarent les informateurs à l'instar de celui de Massangam :

Oui certainement parce que chez les vendeurs des médicaments de la rue, je vois toujours une boîte de Mectizan exposée. J'ai fait la descente avec docteur Fotso et on a arrêté. On lui dit, 'madame vous avez vu le Mectizan où pour exposer ici à la vente ? Elle n'a rien dit, elle ne répondait pas. Elle avait peur de donner le nom de celui qui était venu livrer les médicaments et certainement un distributeur. Parce que je ne pense pas que le chef de l'aire peut aller vendre le Mectizan au marché. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

A ce qui semble, les distributeurs seraient les fournisseurs de l'Ivermectine aux vendeurs de médicament qui n'osent dévoiler les personnes qui le leur livrent. Au niveau de la communauté, certains membres attestent également la vente des médicaments par les DC. Les distributeurs, par crainte d'être dénoncés, se dissimulent pour procéder à la vente des médicaments en passant par l'intermédiaire des vendeurs des médicaments. Un informateur le confirme d'ailleurs :

Oui, en tout cas ils peuvent savoir où ils peuvent ventiler. Ils peuvent savoir, chez les vendeurs des produits ambulants parfois. Mais s'ils sont en train d'aller vendre est-ce qu'ils peuvent te le faire savoir ? Ils ne te diront pas et ils ne peuvent même pas accepter, pourtant c'est ce qu'ils font. Mais comme ils craignent d'être trahis. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Seuls les DC savent comment ventiler, distraire et mettre en vente les médicaments. Sans que cela ne se sache, ils livrent les médicaments aux vendeurs. Leur volonté de mettre le médicament en vente est animée par une autre réalité qui est celle de toujours apporter les résultats de couverture complète de façon absolue. En réalité les DC reçoivent des félicitations lorsqu'ils apportent un registre avec un nombre élevé de personnes couvertes ou simplement lorsque sur leur registre, toutes les personnes récentes sont considérées comme avoir reçu le médicament. Contrairement, aux registres de distribution envoyés vides. Cette situation pousse les DC à faire des remplissages avec des données fictives, ce qui peut expliquer l'inadéquation entre données officielles et les données réelles pourtant fabriquées. Généralement dans les localités, comme le disent les informateurs, lorsque les médicaments n'ont pas été totalement distribués, les DC remplissent les registres pour faire croire que cela a été fait et le reste est ainsi mis en vente. Les différentes déclarations des personnes rencontrées font foi :

Quand ça reste ils vont vendre et ils remplissent le registre. Les distributeurs remplissent souvent les cahiers et parfois il y a les noms des personnes qui n'existent pas dans ce cahier. Ils vendent aussi et c'est ça que tu trouves sur le marché. (Entretien réalisé 20/04/20 à Kouoptamo).

Ces deux réalités à savoir la recherche du gain et les soucis d'être bien noté (surtout probablement les stagiaires transformés en DC) ne suivent pas les règles prescrites pour la distribution. La vente des comprimés du Mectizan est donc effective sur les marchés à Kouoptamo, à Fosset et à Massangam. Cette situation mène à s'interroger sur la prise en charge des distributeurs communautaires.

5.1.6. Prise en charge des distributeurs communautaires

La prise en charge du distributeur communautaire est la clé de tout ce que l'on peut voir en ce qui concerne le ralentissement de l'activité de distribution ; ceci ne favorise pas l'élimination de la maladie. Comme nous l'avons dit, le DC est l'élément clé du TIDC et par conséquent, il doit faire l'objet de beaucoup d'attention. La question de sa prise en charge constitue un véritable goulot d'étranglement à l'atteinte des objectifs de l'élimination de l'onchocercose. Au niveau institutionnel, il n'existe pas de prise en charge ni de prime prévue pour les distributeurs. Aucune ligne budgétaire n'est aujourd'hui présagée pour la prise en charge des distributeurs. En dehors des indemnités reçues pendant les périodes de formation tenant lieu d'argent de transport, rien n'est prévu pour le DC. Selon les responsables du programme, les DC sont pris dans le cadre du TIDC. Cela suppose qu'ils travaillent pour leur communauté, et par conséquent n'ont pas besoin d'être rémunérés. Les propos de ce responsable sont fort évocateurs quant à la prise en charge des distributeurs :

- il n'y a pas de prime ! Les distributeurs, œuvrent dans le cadre du TIDC, et TIDC sous-entend que c'est un travail communautaire. Donc il n'y a rien pour le distributeur. La seule chose qu'ils reçoivent lors de la formation, c'est l'argent de transport qu'on leur donne, il n'y a pas de montant officiel, ça dépend souvent du nombre de distributeurs et du cachet qu'on a pour la gestion des distributeurs pour toute la région. Et là, on répartit en fonction du budget qui nous a été alloué par le partenaire pour former les distributeurs. Puisque le distributeur est formé dans sa communauté, pour travailler dans sa communauté il va encore où ? (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam).

-Ça c'est ce qui est dit, mais la réalité est toute différente ! Lorsqu'on rassemble tous les distributeurs de Massangam par exemple, on leur demande de venir se former au district quel que soit la localité ou le village.

- Non ça ne marche pas parce que ce n'est pas le district qui forme les distributeurs !

-Oui mais on organise la formation au district !

- Non ce n'est pas le district, c'est le chef de l'aire qui forme les distributeurs au niveau de l'aire de santé et une aire de santé ne saurait être aussi distante au point où le transport, je ne sais pas moi ! »

-C'est ce que vous pensez parce que moi je viens du terrain. Par exemple à Massangam, du centre où se trouve le district, pour aller par exemple à Mankoumbi, ce n'est pas moins de 1000f.

- « Mais Mankoumbi c'est une autre aire de santé ? ça veut dire que les gens de Mankoumbi vont être formés à Mankoumbi, les gens de Massangam sont formés à Massangam, c'est ce qui est sous-entendu. Si ça se fait autrement sur le terrain c'est qu'ils n'ont pas respecté la procédure. Le distributeur est formé dans son cadre de travail. » (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam).

Cet encadré restitue un fragment d'échange avec le responsable au niveau de la région au sujet de la prise en charge des DC sur le terrain. Ces propos soutiennent le manque de budget alloué pour la prise en charge des DC dans leur travail quel qu'il soit. Le budget disponible est prévu juste pour les frais de transport pendant les séances de formation. Ce responsable du niveau régional soutient également que les DC sont formés dans leur communauté pour y travailler, pourtant sur le terrain nous avons observé que ces derniers sont souvent réunis à un seul endroit pour recevoir les éléments de formation et les instructions de distribution ainsi que le matériel de travail. Dans le district de santé de Massangam, qui fait l'objet de cet échange par exemple, les DC sont formés au district de santé. Cela voudrait dire que ces derniers se déplacent de leurs différents villages pour assister à la formation au sein des services du district. Les distances entre ces communautés et le lieu de formation n'est pas toujours proportionnel au montant de l'indemnité de transport remis à chaque distributeur à la fin de sa formation. Il semble donc que ces instructions officielles ne sont pas toujours appliquées sur le terrain. Les autorités régionales insistent sur le fait que les agents de distribution sont formés dans leurs aires. On peut aisément se rendre compte qu'il y a une distance entre la réalité et la vérité des documents sur ce qui doit être fait sur le terrain. On comprend à la lumière des données empiriques que ce responsable manque d'information sur les réalités du terrain en ce qui concerne les lieux de formation des

DC par rapport à leur communauté d'origine. Ce qui attire l'attention c'est le caractère non défini du montant à percevoir pour les formations. Ce montant peut varier mais il ne tient pas en compte les réalités. Dans la communauté de Massangam, on constatera que les DC pour se déplacer, au lieu de la formation, utilise le double voire le triple du montant qui leur est donné pour supporter le transport. Tout compte fait la réalité est claire, faute de prise en charge ou de motivation des distributeurs, on parle aujourd'hui de détournement des médicaments, du bourrage des registres qui entraîne une transmission des données erronées ou non conformes à la réalité. La prise en charge des DC comme ils le disent sur le terrain, s'est dégradée avec le temps et continue de l'être. Aujourd'hui on ne parle plus que de la motivation, comme l'affirme cet informateur :

Actuellement, La rémunération n'est plus comme c'était avant. Maintenant c'est comme une motivation seulement. Parce qu'avant quand les DC récoltaient cent-cent francs, ils avaient de l'argent, ils avaient beaucoup d'argent à l'époque, donc disons que à chaque médaille son revers. Le grand problème à cette période c'est parce que le parent ne payait pas pour les enfants. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

La stratégie de prise en charge des DC amenait les membres de la communauté à participer financièrement pour leur médicament et permettait comme on peut le comprendre, un engagement des distributeurs, mais aussi une bonne couverture thérapeutique. Aujourd'hui la stratégie a changé et c'est le programme qui prend en charge le DC. Un certain pourcentage a été défini par personne traitée selon les années. Les DC devaient donc attendre leur rémunération après l'évaluation des rapports et la disponibilité des fonds. En fin de compte, cette rémunération a carrément été annulée. Le récit du responsable de formation sanitaire retrace l'historique de l'évolution de la question sur la prise en charge jusqu'à son annulation complète.

On paie les DC, peut-être à 15%, à 15f par personne traitée, soit 15f soit 20 f par personne traitée, pas recensée, traitée. Après recensement les personnes que tu as traitées tu peux être 20 à 15f par personne, c'est ce qui était dit. Avant les choses marchaient très bien. Mais à un moment donné, on ressentait que cet argent-là ne venait pas aussitôt, parfois on dit ça vient par carton, des fois la gestion des cartons n'est pas toujours facile. Maintenant, c'est un organisme anglophone, Sightsavers, qui a donc pris en charge donc cette distribution communautaire. Ils ont pris et ils ont demandé qu'on ne peut pas apporter le Mectizan dont les gens ont besoin dans une communauté et payer les pour les distribuer. Qu'ils vont peut-être se charger du transport vers les communautés, de former aussi les DC. Sa politique était de multiplier autant de DC dans la communauté pour même arriver à un DC par famille. C'est ce qu'on a commencé à faire, et ce n'est pas du tout facile parce que le recrutement des DC pour un si grand nombre, après formation, ne permet pas à tout le monde de venir travailler. Ils viennent se former, on leur donne l'argent et ils partent et ils ne font pas ce pour quoi ils sont formés. Dès que les

médicaments arrivent maintenant il faut les supplier. D'autres prennent même ils gardent à la maison. Pour Sightsavers, il faut recenser la population d'abord, obtenir un résultat avant de recommander le Mectizan. Toi le DC tu portes les risques pour aller recenser pour rien, ils viennent, on calcule on leur donne le Mectizan maintenant ils partent encore distribuer. Alors qu'avant on faisait distribution-recensement à la fois. Ça devient un peu pénible pour les DC de faire ce travail, (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

On peut comprendre de ce récit que la gestion des cartons dédiés à la prise en charge des distributeurs a toujours rencontré des difficultés jusqu'à leur annulation complète aujourd'hui. La stratégie voulant l'annulation d'une rémunération pour les DC et de multiplier le nombre de DC au niveau de la communauté et des familles, rencontre également des difficultés et semble même avoir amplifiée le problème de la maîtrise des stocks de comprimés et leur présence sur le marché, favorisant ainsi les mésusages du Mectizan dans les communautés de Fosset, Massangam et Kouoptamo. La prise en charge a donc ainsi un impact significatif sur la performance et l'engagement des distributeurs, leur capacité à couvrir l'ensemble des espaces géographiques de leur sphère de couverture.

5.1.6.1. Motivation des distributeurs communautaires

Il n'existe pas de véritable prise en charge des Distributeurs communautaire dans les localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Le seul moment où ces derniers reçoivent verbalement une indemnité c'est celui de la formation. L'idée d'une motivation ou d'une prise en charge est lointaine et les DC n'en parlent qu'en termes de souvenir. *« Même comme on a commencé cette distribution il n'y a qu'une seule fois qu'on nous a payé, pour le reste on donne seulement l'argent de la formation. On donne seulement l'argent de la journée de formation, 2000f. »* (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

En dehors des indemnités reçues pendant la formation, le reste des promesses pour la motivation n'est pas tenu. Pour les distributeurs, le discours donné par rapport à une éventuelle motivation a pour seule fonction de les encourager à faire le travail et ne s'applique pas. Ces acteurs le disent dans leurs déclarations.

Donc on dit souvent qu'à la fin de la distribution on va payer, mais lorsqu'on finit on ne nous donne rien. Une fois ils sont venus faire une réunion à la chefferie, et ils ont demandé aux gens du quartier de dire ce qu'ils peuvent donner pour contenter les distributeurs pour qu'ils ne pensent pas qu'ils travaillent pour rien. Ils ont parlé comme ça et les gens ont accepté mais ils n'ont pas respecté, ils n'ont rien fait. Donc nous, on distribue pour rien, juste comme ça. Puisque nous ne sommes pas des médecins ou des infirmiers, nous sommes seulement les gens du quartier qu'on a pris et on a formé pour qu'on distribue seulement comme ça. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Les distributeurs se plaignent donc de travailler sans rien recevoir en retour. Ce manque de motivation peut avoir un impact sur leurs performances sur le terrain de la distribution.

5.1.6.2. Prise en charge des DC et performances sur le terrain

La prise en charge des distributeurs communautaires a un impact sur la performance, la qualité du travail de distribution sur le terrain. Elle a une incidence à tous les niveaux sur la gestion des médicaments jusqu'à celle des données. La qualité des rapports de couverture et même sa fiabilité est fonction de la prise en charge des distributeurs. La non motivation de l'activité de distribution ne permet pas un rendement efficient des rapports et leur conformité avec la réalité. La prise en charge des DC, véritables points culminants de l'activité de lutte contre l'onchocercose a un impact sur leur performance et leur assiduité sur le terrain de distribution. Cet informateur souligne :

Le travail est mieux maintenant. Mais pour un marquage de fond comme avant, les DC ne font pas bien le marquage maintenant, ils préfèrent partager comme ça. Ils ne font plus, c'est rare, ils distribuent. Ils distribuent, ils vont dans les maisons distribuer, mais voir un marquage de l'année comme par exemple PNLO2018, ce n'est pas facile de voir cela aujourd'hui. Ils trouvent que ça leur perd le temps. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Sans motivation, les activités de marquage, favorable pour une évaluation de la qualité de la couverture géographique et thérapeutique ne sont plus appliquées. Ce qui certainement pose le problème de vérifiabilité et de fiabilité des données de couverture remises par les distributeurs à la fin de la campagne. On a l'impression dès lors que les données de couverture géographique et même thérapeutique au niveau des localités de Fosset Kouoptamo et Massangam ne reflètent pas la réalité. Il semble qu'elles sont juste mises en forme pour satisfaire le programme, pourtant les réalités montrent le contraire. Selon les déclarations des informateurs, le minimum de motivation prévu pour les DC pour les encourager n'arrive généralement pas à bon port. Face à cette autre réalité qui influence la motivation des distributeurs de l'Ivermectine, les responsables des formations sanitaires, proposent une autre approche de rémunération :

Maintenant les DC voudraient que, le minimum qu'on leur donne, ils voudraient et moi-même je partage cette idée avec eux qu'on leur donne par Orange Money, parce que quand ça prend un circuit administratif ça ne vient pas comme c'était. Je ne sais pas ! ils disent comme ça, ils le voudraient parce qu'avec orange Money, depuis qu'on a commencé à payer, ils sont satisfaits. Ils voudraient que n'importe quoi maintenant, même si c'est n'importe quelle activité qu'on paie par Orange Money. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Pour plus de performance et plus d'assiduité dans l'activité de couverture géographique et même thérapeutique, les DC proposent de recevoir leur motivation par paiement mobile, c'est-à-dire à partir de leurs téléphones portables depuis le programme ou l'organisme en charge de la gestion des campagnes de couverture, ce de par leur expérience des tracasseries observées

lorsque les paiements de cette motivation doivent transiter par plusieurs services et finissent généralement par ne pas arriver à cause des malversations et distractions de fond. Avant de revenir les malversations qui impacte la motivation des DC et par conséquent l'atteinte des objectifs de l'élimination nous allons aborder la question de la fiabilité de la couverture thérapeutique ainsi que de la démission des DC.

5.1.6.3. Prise en charge, fiabilité de la couverture et démission des Distributeurs Communautaires

La prise en charge des DC a également un impact sur la couverture réelle et la qualité des rapports produits, rapport sur lesquels le programme s'appuie pour que les décisions soient prises. Dans certaines communautés, les indemnités de formation sont inférieures aux frais des déplacements des distributeurs pour assister à la formation. Ici les communautés sont éloignées des services de santé, lieux de formation des DC ; ces agents parcourent de longues distances pour y arriver et par la suite procéder au lancement des campagnes de distribution. Le manque de prise en compte de ces facteurs est à la base de la démission de nombreux distributeurs. Cet informateur s'explique à cet effet :

Maintenant même, des fois on appelle les gens, ils ne viennent pas. Même la simple formation, quelqu'un peut quitter de Makouopsap, il paie mille franc (1000f) de transport deux mille aller et retour pour venir ici et vous lui donnez seulement cinq cent. Tu fais 32 Km sur quelle route ? Tu perds ta journée tu ne pars pas dans tes occupations et quand vous quittez ici, même pas la pause-café ni pause déjeuner, on te dit transport cinq cent ! Quand c'est trop c'est mille francs (1000f), on va s'adonner à ça comment ? Des fois le Mectizan est là, le chef de l'aire court derrière les DC ils vont trouver les qui ? Après ils reviennent faire les faux rapports. C'est ça qui est sur l'entretien des DC et c'est même ça qui est la cause de la distribution frauduleuse, l'entretien des DC. Vous allez dire ils prennent les Mectizan et ils vendent, est-ce que vous les avez entretenus ? (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Voilà autant de facteurs qui expliquent la démission des distributeurs. Pour combler le vide, les chefs d'aire de santé utilisent souvent à leur profit les stagiaires pour faire la distribution dans les communautés. Il faut noter que les stagiaires sont des élèves infirmiers en formation qui ont sollicité et obtenus la possibilité de réaliser des stages au sein de la formation sanitaire. Ils arrivent des différentes villes ou régions pour ces stages de perfectionnement ou d'imprégnation. Cela voudrait dire qu'ils ne sont pas des membres des communautés pour lesquelles ils sont appelés à distribuer l'Ivermectine. Au vu de la procédure d'introduction de ces stagiaires dans la communauté, même les DC s'indignent de la qualité et du rendu de leur rapport. Plusieurs facteurs sont alors évoqués : la connaissance de la communauté,

l'acceptabilité de ces derniers par les populations, le manque de formation sur la maladie, le médicament et sa distribution. Face à cette situation, cet interlocuteur s'indigne :

Voilà un lot de stagiaires, ils peuvent arriver ici un matin et on dit deux de ce côté, deux ici pour le Mectizan et le briefing est sur place, est ce qu'ils vont respecter les consignes ? Est-ce qu'ils connaissent même la communauté ? Quand la communauté va voir quelqu'un qui sort avec une boîte de Mectizan en main sans toise, on imagine les tailles. Tu arrives chez moi, tu trouves ma toise confectionnée il y a de cela au moins dix ans. Même un chef de centre qui ne connaît pas les critères d'un distributeur communautaire et il ne connaît même pas à quelle personne il faut donner le médicament. On demande au chef de centre de former, il vient ici il ne forme pas parce qu'il n'y a pas l'argent parce que maintenant tout le monde veut l'argent. Donc le distributeur fait un travail bénévole. Docteur Massongo-Massongo nous draguait pour qu'on soit DC. Des fois il mettait la main dans les fonds de l'hôpital, du CMA, c'était encore le CMA pour renforcer les moyens aux DC. Et si tu lui donnes un programme que je vais aller dans telle communauté pour faire la distribution demain, tu vas rester là-bas, il va venir avec la moto pour voir si tu fais le travail. Tu es en train de faire le travail, tu vois il arrive soit avec un jus, un pain chargé avec la sardine, il t'encourage et en partant même il peut mettre la main et il te donne même un deux mille, il te dit que ce n'est pas dans ton perdiem, mais du courage. Maintenant c'est la chasse à l'argent. » (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Cet ancien distributeur, du haut de son expérience dans le travail de DC, soulève bien les problèmes qui impactent sur la performance des stagiaires, mais ainsi la non observance des mesures prescrites pour la formation par des chefs d'aire de santé. Bien plus, il n'y a juste un debriefing aussi bien pour le DC que pour les stagiaires enrôlés dans le travail de distribution. Cela soulève également le problème de la supervision des activités sur le terrain pendant les périodes de campagne de couverture. La présence de ce personnel infirmier stagiaire est également signalée dans les communautés. « *Ce sont les infirmiers qui viennent distribuer le Mectizan pour les filaires aux yeux ; ils donnent aussi les médicaments de 0 à 5ans aux enfants* ». (FGD réalisé le 05/04/20 à Massangam). L'élément iconographique suivant illustre de l'utilisation du personnel de santé stagiaire en lieu et place des distributeurs, membres de la communauté.

Photo 7 : Stagiaires distributeurs communautaires



Source : Moustapha Mohamed Nsangou 2020.

Sur cette image prise pendant une séance de formation des distributeurs avant leur introduction dans les communautés, on peut voir que ceux-ci portent des blouses. Ils sont simplement des élèves infirmiers en stage au sein de la formation sanitaire au moment du lancement de la campagne de distribution de masse de Mectizan. Pour combler le manque de distributeurs communautaires, ces derniers sont utilisés pour assurer la distribution dans les communautés auxquelles ils n'appartiennent pas. L'utilisation de ce personnel stagiaire bien que ne respectant pas les normes du TIDC, permet néanmoins aux différents chefs d'aire de couvrir leurs différentes aires de couverture. Que cette couverture soit complète ou non, les personnes rencontrées rétorquent que cela permet de toucher l'ensemble des communautés couvertes par l'aire de santé. Ce qui n'est pas acceptable dans un contexte où la seule issue acceptable est la couverture totale de toutes les populations vulnérables pour espérer atteindre l'objectif d'élimination de la maladie. Il faut dire que face à la démission des distributeurs, les chefs des aires de santé mettent tout de même des stratégies pour retenir ces derniers.

5.1.6.4. Stratégies locales pour retenir les DC dans la distribution

Face à la démission ou l'abandon de plus en plus croissant des distributeurs, certaines aires de santé mettent en place des stratégies pour retenir les distributeurs. On assiste à une reconversion des acteurs auxiliaires de la santé vers d'autres activités où la ressource humaine est absente. C'est le cas de la prise en charge de l'onchocercose. En effet, dans le système de

santé, il existe plusieurs programmes qui recrutent et prennent en charge les membres des communautés organisés en comité de santé pour le compte des districts de santé ou des aires de santé. Ces agents sont utilisés de façon rotative dans les différents programmes de santé dans la communauté. Cette rotation permet de compenser les pertes et encourager ces agents à prendre en main la Distribution Communautaire du Mectizan où il n'y a pas de prise en charge. C'est ce qu'explique ce responsable d'aire de santé dans la localité de Massangam.

J'ai oublié de signaler autre chose c'est que nous avons aussi visé pour encourager les DC, ce qui fait que même dans les autres programmes, par exemple le programme palu, le programme PEV, nous essayons toujours puisque ce sont les programmes qui disposent un peu de moyens pour soutenir les acteurs sur le terrain, bien sûr que les moyens ne sont pas toujours ce qu'on attend mais il y a quand même quelque chose. On préfère utiliser ces mêmes DC pour mener ces activités pour les encourager, parce qu'il est hors de question que tu utilises une personne, pour mener une activité non lucrative et quand ce travail arrive et il y a un peu les miettes, tu la remplaces avec une autre personne. Celui-là va dire que donc je suis fou ? Quand on voit qu'il y a un peu d'eau, on ne pense pas à nous. Donc ce qui fait que nos distributeurs communautaires savent qu'il y a les activités dans lesquelles ils travaillent de façon bénévole et des activités où il y a quelque chose pour acheter leur morceau de savon avec ainsi de suite. Oui, lorsque la distribution des moustiquaires va arriver ou bien quand les jeunes vont arriver, ainsi de suite, on ne va plus penser à nous. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Les agents de santé communautaire, ces personnes membres de la communauté pour certains, sont comme on peut le dire, utilisés en fonction des programmes de santé pour couvrir les activités sur le terrain. Ils arborent donc plusieurs appellations ; ils sont ASC (Agent de Santé Communautaire), ASCI (Agent de Santé Communautaire Intégré), ARC (Agent relais Communautaire), ARCI (Agent Relais Communautaire Intégré) et DC (Distributeur communautaire) dans le cadre du TIDC.

5.1.6.5. Supervision des activités de Distributeurs Communautaires sur le terrain

Dans le processus de contrôle et d'évaluation du travail des DC, les personnes en charge de cette évaluation adoptent des approches qui ne permettent pas toujours au distributeur de rendre fidèlement compte de la réalité sur le terrain. Les DC font face à des évaluateurs qui refusent d'accepter les rapports au point de semer des doutes sur leur capacité et leur qualité de travail sur le terrain. Face à cette pression, les DC apportent des réponses taillées à la mesure de ce que l'évaluateur souhaite entendre. En réalité, comme l'explique cet informateur, lorsque le DC apporte un rapport des distributions sur lequel il fait état des cas de réticence ou de refus du médicament par certains bénéficiaires, très rapidement il est considéré comme ne travaillant pas assez ou simplement refuse de faire le travail qui lui incombe en tant que DC. Il y a donc une pression qui est faite sur le distributeur qui ne reçoit cependant aucune rémunération,

laquelle favorise le remplissage fictif des données qui sont transférées, mais ne reflétant pas la réalité de terrain. Les propos de cet informateur semblent relever cet état de choses :

Donc nous avons évolué ainsi, et l'expérience nous avait aussi montré que dans la communauté il y avait beaucoup de réticences et quand le DC avait peur de montrer, c'est-à-dire de faire un rapport, pour dire qu'il y avait des réticences, c'était plutôt vu comme s'ils refusaient de travailler. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Cette forme d'évaluation et de contrôle du travail des DC basée sur la négation absolue de toute réponse n'allant pas dans le sens voulu ou alors ne donnant pas des réponses qui attestent les résultats escomptés, pousse les distributeurs à des erreurs. Ils versent dans la fabrication des données pour satisfaire la demande et à cela s'ajoute la formule de la rémunération pas toujours bien satisfaisante. En effet, lorsque nous savons également que le distributeur est rémunéré en fonction du nombre des personnes traitées, on peut comprendre qu'il est souvent tenté de grossir les chiffres sur ses rapports pour augmenter son gain. Ainsi s'exprime cet enquêté :

Oui, et maintenant quand ils sont sur le terrain, ils enregistrent les gens, et au moment de donner le traitement maintenant, il arrive, que certains gens enregistrés ne veulent pas prendre le traitement, mais quand ils trouvent que ce nombre de personnes est tellement élevé, ils parviennent par dire que certains ont pris alors qu'ils n'ont pas pris. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

L'on comprend ainsi autant d'autres facteurs favorables à la persistance de la maladie. Le manque de motivation ne donne aucune autonomie aux chefs d'aire de santé ou toute autre autorité sanitaire en charge du contrôle et de vérification ni l'effectivité de la distribution aux fins de sanctionner ou de faire des reproches à un DC qui aurait mal fait son travail. Sans rémunération, le DC semble tout à fait libre de disposer du médicament comme bon lui semble. Certes, aujourd'hui le travail de distribution est entièrement bénévole, mais il faut noter comme certains DC eux-mêmes l'ont souligné, que la motivation ou alors le paiement d'un « salaire » à la fin d'une tâche demandée donne l'autonomie au demandeur de questionner, de vérifier et de d'évaluer le travail fait à la hauteur du salaire payé. En réalité les DC se considérant comme des travailleurs ne se sentent pas obligés de rendre compte de leur travail ; lorsqu'un travail n'est payé le travailleur est libre de le faire ou de ne pas le faire. Et comme ils le disent eux-mêmes, ils seraient incapables de réclamer « *Il faut motiver ! C'est mieux de motiver parce qu'on motive parfois par rapport à la charge du travail qu'on donne, on serait capable de réclamer et dire que tu as mal fait. Tu n'as pas donné, tu n'as pas distribué là-bas.* » (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

La motivation, la rémunération ou la prise en charge des distributeurs communautaires influence la bonne marche des campagnes de distribution de masse du Mectizan dans les communautés. Il serait donc préférable de remettre la prise en charge ou la motivation des distributeurs à l'ordre du jour. Certains distributeurs l'ont d'ailleurs suggéré et pensé que ce serait la seule façon de réveiller leur conscience de travail. Ils disent en effet,

On doit les prendre en charge financièrement, pour qu'ils fassent un travail qu'eux-mêmes vont contrôler. Parce que lorsque vous n'avez pas motivé, vous n'aurez pas le courage de mieux contrôler l'action sur le terrain. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Le manque de prise en charge dispense le DC de toute contrainte et la supervision perd son rôle sur le DC. Le contrôle et l'évaluation ne sont plus stricts. Aucune sanction ne peut lui être infligée à partir du moment où il ne perçoit rien pour le travail fourni. La communauté bénéficiaire est donc invitée à participer à la prise en charge des distributeurs.

5.1.6.6. Implication de la communauté dans la prise en charge des Distributeurs Communautaires

Dans la stratégie de participation communautaire, les populations sont appelées à soutenir les activités en apportant leur contribution à la prise en charge ou à la motivation des DC. Il est demandé aux populations de motiver les distributeurs lorsque ces derniers passent pour la distribution dans les ménages. Les données empiriques expriment le contraire à ce sujet. Dans les localités de Fosset, Kouoptamo et Massangam, il semble que les populations ignorent ce rôle qui les revient d'apporter une quelconque motivation aux distributeurs communautaires. Les distributeurs interrogés à ce sujet soutiennent ne rien recevoir de la population. Un agent de santé impliqué dans l'aire de santé de Fosset dans ses explications affirme ne pas être au courant du soutien des DC venant de la communauté. Elle le dit en ces termes,

Je ne sais pas moi je ne connais pas ! Je sais que quand l'argent sort c'est au niveau du centre, je ne sais pas s'il y a encore quelque chose qui doit encore sortir. Ils ne font pas ça, j'en suis certaine, ils ne font pas cela je suis sûr qu'ils ne le font pas. Pourtant c'était prévu comme ça là. Ils sont au courant ! Parce que souvent ce sont eux qu'on convoque d'abord, on travaille souvent avec eux avant de travailler avec les DC. Mais depuis là je ne connais pas s'ils participent, je ne connais pas, je ne peux pas deviner. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Les populations selon cet agent de santé sont informées qu'elles doivent motiver les distributeurs à leur passage. Cependant elles ne le font pas et les raisons sont souvent liées à la pauvreté mais beaucoup plus à la perception du travail des distributeurs et surtout due à leur imagination. Ces populations pensent et soutiennent que le Mectizan distribué est un don du gouvernement qu'il doit se donner gratuitement. Ils pensent également que les distributeurs,

agents de santé, sont déjà pris en charge par la formation sanitaire. Ce dernier argument est revenu plusieurs fois lors des rencontres avec les membres des communautés à Massangam, à Fosset et même à Kouoptamo. On s'est rendu compte de plus en plus que les distributeurs abandonnent leur activité de distribution communautaire du Mectizan. Aujourd'hui, ils sont beaucoup plus des agents de santé ou des personnes attachées d'une manière ou d'une autre à la formation sanitaire. Ils ne sont plus des personnes prises dans la communauté comme le prescrit la stratégie TIDC. Nous y reviendrons dans d'autres parties et sous titres de ce travail. Concernant leur implication dans la motivation des distributeurs communautaires voici ce que pensent les populations :

Est-ce que nous on n'a les moyens ? Ils sont à l'hôpital et c'est l'hôpital qui envoi venir nous donner le médicament et on dit que c'est gratuit. L'hôpital les paye déjà. C'est le gouvernement qui a l'hôpital donc il paie tout le monde qui travaille là-bas, donc je ne vois ce que moi je vais encore donner au distributeur parce qu'il travaille à l'hôpital. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Les populations pensent que ce ne sont pas elles qui sont habiletés à motiver les distributeurs. Pour elles, les formations sanitaires appartiennent à l'État et ces distributeurs qui travaillent pour le gouvernement devraient également être pris en charge par le gouvernement et l'hôpital qui les recrute. Les populations ne se sentent pas concernées pour soutenir les distributeurs. Aucune action n'est menée par la communauté. Un responsable de formation sanitaire suppose que les communautés bamoun n'ont pas cette mentalité à soutenir les actions sanitaires bien qu'étant à leur bénéfice :

Non ! À mon avis, elles ne mènent aucune action, elles ne soutiennent pas les DC. Elles pensent que les DC sont payés pour faire ce travail. Même quel que soit ce que tu vas leur dire, tu leur dis même quoi, elles ne le font pas. Mais ce que j'ai vu dans ces communautés Bamoun, ailleurs on pouvait le faire mais elles ne le font pas. Il n'y a personne qui veut prendre le devant, les gens sont dans leurs activités champêtres. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

La motivation des DC reste un problème crucial dans la mise en œuvre des campagnes de distribution qui ont pour élément clé, le Distributeur. Au vu de l'indisponibilité des ressources, les membres des communautés bénéficiaires sont impliqués. Mais comme on peut le voir, ces derniers ne contribuent pas véritablement à la prise en charge des DC. En dehors de quelques privilèges sociaux et culturels liés à leur position d'auxiliaire de la santé, ils peuvent s'offrir comme encouragement venant des formations sanitaires, leurs revenus. Au demeurant, la question de la motivation depuis les premières années a suivi une ligne décroissante jusqu'à son annulation complète. Cette évolution de l'annulation de la prise en charge des DC est décrite à travers les déclarations de notre informateur, ancien distributeur.

Haaa ! La prise en charge n'est plus bien ! Avant moi et monsieur Ngoupayou, ex-maire, quand on sortait, d'ailleurs même le transport était bien, Le transport était bien, le perdiem était bien, parce qu'avant un distributeur communautaire, une personne recensée avait droit à 25f, les personnes recensées prenaient le Mectizan. Vous me comprenez, il y avait 25. Avant ça avait commencé à 30f, en 98-2000, c'était à 30f, 2000-2004, c'est descendu à 25f. De 2004 à 2010 c'était toujours 25, c'est vers le début des années 2011 que la distribution n'était plus rémunérée, tu travailles, tu travailles et à la fin tu n'as rien. On te dit qu'il n'y a pas encore d'argent, il n'y a pas l'argent attendez ! Et finalement ça n'arrive jamais. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Il faut ainsi dire que la prise en charge des DC se dissimulait dans la distribution du médicament. Ils étaient rémunérés au prorata du nombre de personnes traitées. Au fil des années, la distribution est devenue totalement gratuite pour les DC et quelquefois, lorsqu'ils peuvent percevoir un centime, les fonds qui sont mis à disposition ne leur parviennent pas toujours.

5.1.6.7. Malversations financières autour de la prise en charge des Distributeurs Communautaires

Le détournement des fonds dédiés aux distributeurs revient à plusieurs reprises dans les propos des informateurs. C'est d'ailleurs pour contourner ces malversations que certains ASC qui interviennent souvent en tant que DC aujourd'hui sollicitent une rémunération par paiement mobile. Un DC nous a confié avoir signé des décharges dont le montant était bien supérieur au montant reçu. De récit en récit, plusieurs distributeurs ont souligné les irrégularités relatives à leurs pécunes. Dans la communauté de Massangam, les activités de lutte sont plus intenses à cause de l'existence des foyers de contamination. Le récit de ce DC de la communauté met la prise en charge des DC au cœur de la malversation financière dans les efforts de l'élimination de l'onchocercose. Ce dernier plus que les autres qui ont souvent évoqué les détournements des fonds qui leur sont dédiés, raconte son vécu d'une situation de détournements de fonds dont il a été victime ainsi que certains de ces collègues dans la communauté de Massangam.

En 2013, j'ai eu des problèmes ici. Le Chef de Bureau Santé (CBS) et le chef de centre de santé d'une localité d'étude avaient perçu l'argent des Distributeurs Communautaires et ils se sont partagés sans remettre aux bénéficiaires. Étant toujours en service, Docteur X m'a demandé si j'ai eu mon perdiem, d'un montant de 13650f (treize mille six cent cinquante) dont j'avais la primeur, depuis deux semaines. J'ai répondu non. Le CBS m'a appelé dans son bureau pas par rapport à l'oncho mais pour le rapport sur la vaccination PEV puisque je suis le responsable PEV de l'hôpital. Par inadvertance, j'ai aperçu des registres avec la mention 'justifs oncho'. J'ai gardé mon calme et j'ai profité d'une minute d'absence parce qu'il a été appelé par le médecin pour feuilleter le registre. Je vois mon nom avec l'argent déjà émargé alors que je n'ai pas eu l'argent. Quelqu'un avait déjà signé à ma place et le numéro de la carte d'identité n'était pas le numéro de la nouvelle carte avec laquelle j'avais fait la campagne. Ils sont partis tomber dans les anciens registres de Mectizan et ils ont reporté les noms des DC avec les anciens numéros de cartes d'identité. Alors quand j'ai fini avec lui je suis allé me plaindre chez le médecin qu'effectivement j'ai vu mon nom sur la liste des justifs alors qu'on a déjà signé à ma place pour toucher

mes treize mille six cent cinquante francs. Et j'ai vu une signature qui n'est pas la mienne avec un numéro de carte d'identité qui n'est pas mon numéro de carte ; et je vois la date est toute récente. Il a demandé c'est vrai ça ? il a dit bon ! le registre est déposé où ? J'ai dit dès que tu entres le registre est posé sur la table du côté gauche, il y a le registre de Mectizan au-dessus. Il a dit bon, après le travail il a appelé le CBS et le Chef de l'aire de la localité X. Il dit 'apportez moi les justifs de l'oncho que vous avez signés. Je vais à Bafoussam de grand matin avec ». 'On va vous apporter ça vendredi on va vous apporter lundi' il leur dit 'je vais à Bafoussam demain, Bafoussam m'appelle, vous n'avez pas fait ou vous avez fait ?' ils ont dit que ce n'est pas encore fini docteur 'apportez moi ce que vous avez déjà fini. Ils sortent et en allant dans son bureau, il ne savait pas que le médecin le suivait. Ils entrent au bureau du CBS, ils voulaient déplacer le registre mais le médecin était déjà derrière eux 'donnez-moi le registre là, le troisième registre là donnez-moi ça, c'est le registre ou c'est quoi ?' le CBS veut dire non et il dit 'donnez-moi ça, donnez-moi ça Monsieur Y donnez-moi ça'. Dès qu'il prend il commence à feuilleter il dit voici les justifs, on a déjà tout signé il y a les signatures avec les numéros de ma CNI, venez ! Ils sortent au bureau, il voit comment je traverse la cour pour rentrer, il dit appelez-moi Z là. N'est sorti m'appeler que le médecin a besoins de moi. Je suis entré et il a dit, Z est-ce que tu as déjà eu ton argent de Mectizan ? J'ai dit je n'ai pas eu. Il dit ce n'est pas toi qui as signé ici ? J'ai dit non Docteur je n'ai pas eu cinq francs du Mectizan depuis la distribution. 'Tu n'as pas eu vrai-vrai ?' Je dis non je n'ai pas eu Docteur ! 'Mais comment ? qui a signé ici ? viens alors voir' je vais vers le médecin il me dit ce n'est pas ta signature ici ? j'ai dit ça ce n'est pas ma signature Docteur et ça ce n'est pas mon numéro de CNI et je sors ma carte informatisée. Je dis voilà mon numéro avec ma photo. Il dit oui jeune homme vous avez vu ce numéro-ci où 'non patron on va gérer, on va gérer avec Z. Il dit 'vous m'avez dit qu'il y a les justifs alors que vous êtes resté faire les justifs dans le bureau sans les DC bon allez réfléchir parce que je vais donner ça à Z il dépose la plainte au parquet avec, mais qu'est-ce qu'il y a vous me gênez le travail. il y avait un représentant de l'administration qui travaillait avec moi, B, Ils avaient signé et ils ont partagé les neuf cent mille à trois, moi qui était responsable même de l'oncho, quand les Blancs venaient ou on partait où c'est moi que docteur X envoyait et depuis même le premier chef de district Monsieur Y et j'avais commencé avec même docteur X, le docteur a dit 'ha ! vous faites tout ça avec Z ? vous apprenez chez quelqu'un vous voulez le détourner ? quand il partait à Makouopsap là vous étiez témoins ? nous sommes allés le trouver à Makouopsap avec les Blancs aller à Mankare le trouver ? mais quand ça arrive donnez-lui au moins un peu ! son argent c'est combien ?' il dit treize mille six cent cinquante, 'multipliez par dix ! et vous déposez ça. Sans ça je vous envoie au parquet avec lui' j'ai aussi dit le nom de C, c'est mon oncle maternel, il n'avait pas eu et il me demande si le perdiem de Mectizan n'est pas venu alors que c'est aussi un ancien distributeur et comme je vois son nom en septième position là, il n'a rien eu et il est même à six mille et poussière. Ils sont nombreux même les C que je vois là, c'est les anciennes signatures dans les archives vous comprenez là où il va ? Donc il peut seulement lister trois DC sur la liste là et vous n'allez pas vous en sortir, ça c'est usage de faux, vol et usage de faux, vous les avez détournés de l'argent c'est le détournement et vous avez encore fait les fausses signatures à leurs noms et la fausse identification.' Le médecin a multiplié par dix et il a dit que vous allez payer tout de suite ! Il a dit je vous donne le dernier délai c'est demain à 15h si cet argent-là n'est pas disponible je vous envoie vendredi au parquet pour vous faire entendre. Je sors il me trouve en route au bar, kil m'appelle, Membouot comment tu veux nous vendre comme ça ? Je dis c'est vous qui êtes méchant, je vais vous vendre comment ? Nous travaillons, B tu saisies les rapports de Mectizan avec moi nous sommes dans le même bureau, voilà ta chaise voici la mienne, vous me détournez parce que je suis ignorant et vous êtes les trois là, ça ne va pas marcher comme ça, on va se chauffer ! Je vais même dire au commandant de brigade ce soir. Ils ont supplié et j'ai dit venez demain payer l'argent de mon frère Moussa et de C. Subitement on est en train de causer et voilà le médecin qui entre au bar et me demande de venir et de ne pas parler avec les voleurs, je lui ai dit qu'ils sont en train de supplier. Il a dit non qu'il n'y a rien à faire, ils vont être entendus par le commandant de brigade et on ira au parquet. C'est moi qui suis le patron ici, je suis allé à Bafoussam et je suis revenu avec l'argent et je leur ai remis tout sans prendre un sou et je leur ai même fait voir la copie de la décharge qu'on m'a fait signer à la Région et ils ont mis leur sagesse dedans ! Demande-leur s'ils m'ont même offert une bouteille de vin ? Ils sont les seuls à connaître l'argent ! Voilà ce qui fait l'amalgame sur la prise en charge du DC, c'est ça le grand problème. » (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Ce récit de vie traduit la situation de plusieurs distributeurs qui finissent par se lasser d'attendre et prennent la décision de ne plus répondre aux prochaines convocations pour d'autres campagnes de distribution. C'est autant de raisons qui expliquent la démission actuelle des distributeurs. Mieux, les DC les plus rusés, restent et essaient de se satisfaire eux-mêmes en distrayant de temps en temps les médicaments que l'on retrouve désormais sur le marché à défaut de les remettre aux populations moyennant un prix qui peut varier selon le demandeur ou les humeurs du distributeur.

5.2. Stratégies alternatives dans les hots spots à Massangam

La stratégie alternative dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose peut être définie comme une approche spécifique appliquée dans les localités qui montrent une spécificité par rapport à l'exposition et la prévalence de la maladie. Dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, cette méthode appliquée dans des localités de Massangam est dite test and treat. Elle est révolutionnaire et est découverte par des chercheurs camerounais depuis 2017. Selon les résultats produits par ces chercheurs cette approche réduirait les risques de développer les effets secondaires après ingestion du Mectizan.

Cette stratégie alternative du test and treat relève deux problèmes : celui de l'élimination des filaires et celui de la réduction de l'apparition des effets secondaires. La peur des effets secondaires est connue comme l'un des facteurs de déséquilibre entre la couverture thérapeutique et la couverture géographique du traitement à l'Ivermectine. Par peur des effets secondaires du Mectizan, plusieurs populations refusent de recevoir ou de consommer l'Ivermectine. Notons que les effets secondaires apparaissent beaucoup plus chez les patients dont la charge de microfilaires est assez élevée dans le sang. En effet la thèse soutenue pour implémenter cette approche définit que les patients qui présentent plus de 20 000 microfilaires par millilitre de sang développent généralement des effets indésirables que ne font ceux qui présentent moins de ce nombre. Le test permet donc de filtrer les populations susceptibles de développer des effets secondaires et leur administrer un traitement particulier, d'où le nom test and treat/ tester et traiter. Dans le district de santé de Massangam, plusieurs localités (Makouopsap, Makankoun, Njinjah-Njingouet) réparties dans des aires de santé sont identifiées comme hots spot du fait du nombre élevé des cas de cécité et autres manifestations liées à l'onchocercose et aux maladies éponymes.

Dans ces trois villages de l'arrondissement de Massangam, la maladie reste fortement récurrente et les signes et symptômes sont observés chez plusieurs membres de la communauté.

Les personnes âgées sont d'ailleurs les plus touchées et y sont identifiées. Les manifestations telles que la peau de léopard, la présence des taches blanches sur la peau, la cécité etc. sont observées chez ces personnes. L'informateur et DC du Village Makouopsap déclare que l'onchocercose est vue à l'œil nu dans ces localités :

Actuellement, ça se voit à l'œil nu, quand une personne a l'onchocercose, déjà, il y a d'autres personnes qui ne voient pas bien, il y a d'autres dont le corps démange, il y a d'autres qui ont les peaux de léopard. Quand tu regardes, c'est parce que les mamans-là ne sont pas sur place, vous allez voir comment les pieds ont les taches blanches. Alors, ça veut donc dire que si le traitement ne venait pas aussi vite, le village serait à 50% des aveugles parce que pour entrer dans le, bon dans la vie privée, avant que je n'arrive ici, c'était très grave donc, ce n'est que ça qui nuit ici. Alors, il y a les mamans de 70 ans, je pense que la première personne qui a beaucoup plus a 83 ans, oui elle a 83 ans, son nom c'est Nangoua Adama. Voilà, il y a une deuxième personne qui a 65 ans, oui, parce que j'ai eu à les rencontrer quand il fallait sensibiliser, il fallait aller en tant que fils du village, les rencontrer, leur dire que bon, il n'y a pas quelque chose qui va faire mourir quelqu'un, ça va se passer ainsi, on va vous donner à manger, vous allez prendre ou bien le Mectizan, il n'y a pas de problèmes à ça. Quelqu'un ne peut pas mourir parce qu'il a pris le Mectizan ou bien parce qu'il a pris la doxy. » (Entretien réalisé le 23/02/20 à Massangam).

À travers donc les stratégies alternatives, l'ambition est de venir à bout de la maladie. Les causes de la forte présence de l'onchocercose s'expliquent ici par des facteurs environnementaux et socioculturels. Sur le plan environnemental, ces localités sont suffisamment entourées des cours d'eau et un couvert végétale favorable au développement de l'agent vecteur. Les informateurs décrivent d'ailleurs cet environnement comme milieu jonché de facteurs favorables à la maladie. Ce qui fait qu'aujourd'hui, à travers les sensibilisations liées à la stratégie, les populations prennent en considération l'importance de la prévention et du traitement. Un informateur le précise en ces termes :

Donc les gens ont compris que si on ne prend pas trop le Mectizan ici, on aura des ennuis d'abord que quand vous regardez, on a deux cours d'eau qui nous recouvrent ici, je dirai même trois parce qu'il y a le Dja à droite et le Kichi à côté à gauche et plus bas là, vous allez voir le Mbam donc, ce n'est que l'onchocercose qui nuit beaucoup à la santé ici. (Entretien réalisé le 23/02/20 à Massangam).

Ces facteurs environnementaux font de ces milieux, les zones de fortes expositions et de manifestations actuelles de la maladie. Dans ces localités dites hot spots, la stratégie alternative est appliquée à deux niveaux : Au niveau de l'environnement et au niveau des populations elles-mêmes. Au niveau de l'environnement, il est question comme dans les débuts de la bataille contre l'onchocercose, de traiter les cours d'eaux et les rivières environnants qui sont les nids de développement du vecteur. Ce traitement de l'environnement vise ainsi la destruction des nids et des larves des simuliés afin de stopper leur développement. Au niveau des populations

elles-mêmes, il y est appliqué la stratégie de test and treat. En effet, les populations testées positives sont traitées à la doxycycline pendant une durée de 35 jours et sont testées à nouveau pour vérifier et attester l'élimination des filaires. Cette approche pilote vise à évaluer la capacité de la macro molécule de doxycycline à détruire ou à stopper l'évolution de la maladie. Les populations au départ testées négatives reçoivent le Mectizan. Cette double approche d'élimination de la maladie et du vecteur en même temps, qui représente la stratégie alternative est appliquée dans le but de couper la chaîne de transmission de la maladie. C'est d'ailleurs ce qu'atteste ce responsable de d'aire de santé dans la localité de Massangam :

Je ne sais pas si la chaîne de transmission n'était pas détectée. Maintenant ils ont découvert la chaîne de transmission, parce qu'au moment où ils sont en train de traiter la communauté, ils traitent également l'eau, c'est-à-dire là où les mout-mouts pondent les œufs. Je pense que déjà à ce niveau-là, les choses sont en train d'avancer. Quand ils traitent l'eau et en plus les gens, ils traitaient plutôt la communauté, et les campements bororo n'étaient pas touchés, ce que nous avons appelé les nomades, n'étaient pas touchés, or ces nomades-là faisaient aussi partie des personnes à risque par ce qu'ils vivaient aussi dans la zone à risque, mais maintenant l'année ci ils sont revenus, ils ont re-testé les personnes qui avaient pris le traitement l'année dernière, et le résultat a été vraiment formidable. Parce que ces gens qui ont pris le Mectizan ils n'ont plus trouvé assez de personnes dans la communauté. Mais les gens qu'ils ont trouvé étaient maintenant dans les zones nomades (chez les nomades). » (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Pour cet informateur, cette stratégie permet non seulement de traiter les éléments de l'environnement mais également permet de toucher les populations nomades qui ne sont pas généralement pris en compte pendant les grandes périodes de distribution du Mectizan dans la localité. Ces populations sont aussi bien exposées que les autres populations de la communauté parce que vivant dans un environnement plus ou moins commun. Cependant leurs activités de nomade qui exigent de longues absences périodiques ne permettent pas toujours de les atteindre pendant les périodes de couverture thérapeutique du Mectizan. C'est également le cas avec la stratégie alternative qui est mise en œuvre dans ces localités où les populations cohabitent avec les peuples nomades. Notre responsable d'air de santé suggère à cet effet une prise en compte de ces périodes où ces populations nomades sont en transhumance pour organiser les campagnes de traitement :

Bien sûr qu'il faudra qu'ils essaient aussi de choisir les bonnes périodes, parce que quand ils choisissent les périodes de transhumance, ça cause aussi problème parce quand ils partent dans les zones conduisant vers le fleuve Sanaga où les animaux doivent trouver les herbes à brouter et ils passent peut-être deux ou trois mois, et quand la pluie revient ils rentrent. Donc il faudra également que quand ils programment leurs activités, ils doivent tenir compte de tout ça. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Au moment où nous faisons la collecte des données de cette thèse, il nous a été donné d'observer l'implémentation de cette approche qui entre dans l'élimination de l'onchocercose, objet de ce travail de recherche. À écouter les témoignages de certains DC rencontrés et qui sont impliqués dans la mise en place des activités de test and treat, l'approche alternative appliquée augure des lendemains meilleurs pour la lutte contre l'onchocercose. Ces agents distributeurs communautaires pensent, tout comme les chercheurs qui implémentent l'approche, que si cette méthode s'applique pendant une durée importante, on peut atteindre les objectifs de l'élimination de l'onchocercose. La prise en charge des personnes et l'élimination des larves, le tout combiné à l'observation des résultats qui donnent de l'espoir pour l'élimination complète de la maladie. Les DC en témoignent,

Je prends la parole en tant que DC de Makakoun, ayant déjà fait plus de 10ans dans le Mectizan, la méthode de Doxy qui accompagne le Mectizan, si nous partons peut-être dans 04, 05ans non, ce qu'il y aura bel et bien le changement. Parce que, traiter les larves, avant de venir traiter les humains, c'est très bon. Avec cette expérience, si on continue comme ça, ça va peut-être annuler l'onchocercose dans cette communauté. D'après moi, de mon point de vue, quand on distribuait le Mectizan, une fois par an, avec cette durée ces mout-mouts revenaient encore te piquer or que la dose devait toujours être intacte. Avec la stratégie de traiter d'abord les larves et accompagner encore la Doxy et la méthode de donner le Mectizan deux fois par an, d'après moi, avec ce point de vue, si on part jusqu'à 05ans, on pourra éliminer l'onchocercose. (FGD réalisé le 23/02/20 à Massangam).

On peut donc comprendre que dans ces zones de forte prévalence due à l'intense population des vecteurs, le Mectizan seul n'est pas la solution, surtout qu'une certaine littérature évoque l'immuno-résistance au Mectizan. L'association de la doxycycline semble donc apporter des solutions au traitement des personnes touchées. L'approche test and treat a également cet avantage de réduire l'apparition des effets secondaires qui jusque-là font partie des facteurs de refus les plus connus chez les populations du Noun et particulièrement celles de Kouoptamo, Fosset et Massangam. L'approche encore dans sa phase pilote fait déjà face à certaines difficultés qui représentent en même temps des obstacles culturels à l'élimination de ce phénomène de santé. La collecte des données sur le terrain nous a permis d'identifier certains obstacles à l'élimination que l'on peut associer à l'organisation et la gestion des traitements, aux représentations construites autour de la technique de test and treat.

5.2.1. Organisation et gestion du traitement à la cycline

Comme la stratégie du TIDC, l'approche test and treat implique les acteurs communautaires dans le traitement. Pour cette approche spécifique, les populations sont traitées à la doxycycline. Ce médicament dit Macro-filaricide nécessite une bonne alimentation avant la prise du

médicament. L'ONG responsable de l'implémentation de cette stratégie a donc encouragé les populations et a pris la décision d'apporter une aide alimentaire pour toutes les personnes considérées positives et admises au traitement à la doxycycline. L'administration du médicament et du pack alimentaire quotidien est sous la responsabilité des DC. Il est en effet demandé aux DC de donner à manger et de faire avaler le médicament sur place par le patient chaque matin pendant une période déterminée. Sur le terrain, nous avons constaté sur le plan organisationnel et selon les témoignages des populations, un certain nombre d'obstacles que l'on peut lier à la disponibilité des DC à faire ce travail de distribution quotidienne du petit déjeuner à l'administration de la cycline, et de la gestion de la distribution.

5.2.1.1. Disponibilité des DC et distribution des packs alimentaires

Au vu de la méthodologie de couverture appliquée pour l'implémentation de la stratégie de distribution des médicaments accompagnés d'un pack alimentaire, il est nécessaire que les personnes responsabilisées à cette tâche soient disponibles pendant la période requise. À la lumière des informations recueillies auprès des membres de la communauté et des participants à ce processus de 35 jours, les DC ne sont toujours pas disponibles à faire ce travail quotidien dont ils ont pourtant accepté la responsabilité. Nous avons observé et selon les déclarations des populations impliquées que le DC, souvent contraint par ses occupations personnelles, laisse le médicament au patient de le prendre de lui-même. Pourtant les instructions de distribution exigent la prise contrôlée par le DC. Autrement dit, le DC remet le médicament au bénéficiaire qui doit le consommer immédiatement. Dans le cadre de la stratégie alternative, les personnes testées positives doivent recevoir les comprimés de doxycycline auprès du distributeur chaque matin pendant 35 jours. Cette prise matinale est accompagnée d'un pack alimentaire dont la distribution est exclusivement gérée par le DC. Le constat fait est que les populations donnent une importance particulière au pack alimentaire qui accompagne la prise du médicament. Du coup, lorsque le DC est indisponible il est impossible aux bénéficiaires de suivre le traitement mais alors, il devient un marché pour le DC qui se bousculent pour obtenir la gestion du Test and treat qui leur donne un avantage certain lié à la gestion des rations alimentaires des bénéficiaire. Par ailleurs, en dehors de la disponibilité permanente des distributeurs, la stratégie de pack alimentaire se pose en obstacle. Il est aisé de se rendre compte que cette stratégie qui consiste à donner gracieusement aux personnes éligibles accompagnée d'aliments génère plutôt un nouveau problème qui impacte la suite des activités de lutte dans la communauté. Les informations recueillis révèlent d'ailleurs que les personnes éligibles pour la stratégie bénéficient de ces packs alimentaires, contrairement aux non-éligibles pourtant appelés à se

conformer à la prise annuelle ou biannuelle du Mectizan. Il se trouve donc que ces derniers revendiquent également ces packs alimentaires comme condition pour adhérer aux campagnes de masse. Un informateur de Massangam explique en ces mots :

Avant que la Doxy n'arrive, la distribution du Mectizan se faisait gratuite et les gens aussi acceptaient sans condition. Mais aujourd'hui les gens ne veulent plus prendre le Mectizan ; les gens qui veulent prendre le Mectizan, il demande qu'on lui donne un beignet ou de la nourriture avant qu'il ne le prenne. C'est à ce niveau. Parce qu'ils ont apporté la Doxy, distribuant les beignets. Ils disent alors qu'il faut aussi leur donner les beignets avant de leur donner les Mectizan. (FGD réalisé le 23/02/20 à Massangam).

Le refus du Mectizan a désormais pour pré-test la mise à disposition de la ration alimentaire. La disponibilité des DC est donc motivée par l'espoir d'un gain financier ou matériel à la fin de l'activité. La stratégie alternative avec l'introduction d'un pack alimentaire quotidien géré par le DC révèle clairement ce manque de motivation qui est au centre de la démission des distributeurs communautaires dans la stratégie TIDC. Par ailleurs, dans une communauté plus ou moins éloignée, du centre la stratégie alternative vient faire découvrir le Mectizan aux populations.

5.2.1.2. Stratégie alternative et découverte du Mectizan

La stratégie alternative dans les localités dites de forte prévalence vient montrer la réalité de la complétude de la couverture thérapeutique et sanitaire dans certaines localités. Plusieurs membres de ces communautés découvrent le Mectizan ou sont informés de la maladie dont ils souffrent à l'implémentation de la stratégie dans les localités. À écouter certains membres de ces communautés dit de hot spot, on pourrait croire que la découverte du Mectizan et de l'onchocercose est récente chez ces populations. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces communautés sont parfois très éloignées et les activités de couvertures relatives aux campagnes de santé n'y sont pas régulières. Certaines populations rencontrées ont d'ailleurs déclaré ne pas connaître l'onchocercose. Elles ont été informées de la maladie seulement lorsque l'équipe médicale du test and treat est arrivée. Elles le disent dans leur propos en ces termes :

Nous avons été informés à travers les équipes de la médecine qui viennent puisque moi je vous ai dit au départ que nous on ne connaissait pas cette maladie, C'est quand ils sont venus maintenant nous donner ce nom, on ne savait pas quelle maladie il s'agissait. Ils nous ont informés que c'est à partir de telle mouche qui provoque telle chose qui sort le nom de cette maladie comme ça. C'est en ce moment que nous on a été informé que donc telle maladie les trucs qu'on dit ici que les mout-mouts c'est ça qui nous transmet cette maladie qu'on appelle l'onchocercose. (Entretien réalisé le 23/02/20 à Massangam).

Dans ce village de Massangam, les populations semblent ainsi découvrir l'onchocercose à travers la mise en œuvre de cette stratégie dite alternative. Ce n'est qu'à l'arrivée des experts que les populations sont informées de la maladie dont elles ont toujours fait face mais ignoraient

les causes. Compte tenu de cette ignorance et surtout du caractère exotique des pratiques médicales implémentées, les populations ont du mal à intégrer ces méthodes de test and treat, dite stratégie alternative dans la lutte contre l'onchocercose.

5.2.1.3. Représentations de l'approche alternative test and treat

Par représentation, nous entendons une construction imagée ou un construit symbolique qu'un groupe peut se donner et qui lui permet d'interpréter une réalité dans son milieu de vie. La représentation peut être négative et susciter la crainte, le refoulement, le rejet ou la négation de la réalité ainsi construite en image négative. Elle peut être positive et susciter en ce moment l'envie, l'attrait ou l'acceptation de la réalité vue comme objet positif. La méthode test and treat se pose en deux étapes. La première consiste à tester et la seconde à traiter. Dans le cadre de cette approche alternative, le prélèvement consiste à couper un morceau de tissu sur le corps des participants et y procéder des tests et analyses qui permettraient de déterminer la présence des filaires. Les participants expliquent eu même la stratégie en ces termes,

Quand ils sont arrivés, ils ont dit que c'est pour le filaire, les gens sont venus, dès que tu entends ton nom tu entres, on te salut, après on te demande d'enlever les habits au niveau des reins quand tu le fais on prend une pince et on prélève la chair d'un côté puis de l'autre côté, on bande et après tu ressors pour aller voir un autre, il demande comment tu t'appelles, tu dis tu dis de quoi tu souffres et après tu sors. (FGD réalisé le 23/02/20 à Massangam).

Seulement le temps d'attente des résultats et surtout le manque d'informations sur la destination empruntée par les chercheurs avec les tissus ainsi prélevés, poussent les populations à plusieurs interrogations qui développent chez eux des sentiments de craintes et des perceptions prennent la forme des représentations négatives de l'activité du test and treat. Ces perceptions négatives naissent des interrogations sans réponse qui pousse les populations à plusieurs constructions idéologiques émanant du vide créé par le manque d'information sur le devenir de la chair prélevée. Ces constructions sociales et ces représentations construites autour de l'activité constituent un frein à la participation communautaire à cette activité de la stratégie. En effet, les populations s'interrogent sur le devenir des tissus prélevés, et d'aucuns pensent même qu'ils sont consommés ou utilisés à des fins des pratiques mystiques et magico-religieuses dont seuls les acteurs au prélèvement peuvent avoir l'explication.

Je t'ai parlé que si les gens là viennent encore ici je ne peux plus aller là-bas ! la qualité qu'on te coupe la chair là, tu rentres à la maison, le rein te fait mal jusqu'à-jusqu' à-jusqu'à ! On attend les remèdes ça ne vient pas. Comme le dehors avec ce qu'on raconte sur les gens là, ou ils ont fait quoi avec la chair qu'ils ont coupé sur nous est ce que tu peux le savoir ? (Entretien réalisé le 23/02/20 à Massangam).

La méthode de prélèvement utilisée fait donc l'objet de crainte chez les populations qui deviennent souvent impatientes au vu d'une longue durée d'attente des résultats des tests effectués. La durée d'attente sans information aucune sur le devenir des prélèvements suscitent des interrogations et le manque d'information entraînent diverses interprétations chez les populations. Les communautés développent alors des sentiments de rejet vis-à-vis de la stratégie et cela impacte visiblement sur l'ensemble des activités alternatives visant à éliminer l'onchocercose dans ces localités où le degré de proportion de la maladie est plus ou moins grave.

Conclusion

Ce chapitre était consacré au distributeur communautaire, maillon essentiel du TIDC, ensuite à la stratégie alternative mise sur le pied dans le cadre des activités d'élimination de l'onchocercose. On peut ainsi conclure que parmi d'autres facteurs évoqués au travers de ce chapitre, le DC est resté le centre de la méthode implémenté par le TIDC. En l'absence de ce dernier, le traitement sous directive communautaire du Mectizan subit des risques ou alors ne produirait plus les mêmes résultats de couverture thérapeutique et géographique des différentes localités enquêtées. Par ailleurs la stratégie alternative qui vise également à améliorer la situation sanitaire des communautés face à l'onchocercose se heurte à des pratiques locales qui ne lui permettent pas d'être implémenté. Nous avons également ce manque d'information sur le devenir des prélèvements de la chair des populations. Ceci crée des réactions des populations qui s'opposent désormais à la stratégie en particulier mais de façon générale déclinent leur adhésion aux campagnes de santé communautaire dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose.

CHAPITRE 6

**FACTEURS EXPLICATIFS DE LA PERSISTANCE DE
L'ONCHOCERCOSE CHEZ LES BAMOUN DE KOUOPTAMO,
MASSANGAM ET FOSSET**

Introduction

Ce chapitre qui se focalise sur les facteurs de la persistance de l'onchocercose identifie au sein des communautés les éléments qui rendent compte de la résistance et de la permanence de la maladie bien que des activités destinées à l'éliminer soient mises en place depuis plusieurs années. Au niveau communautaire, plusieurs facteurs expliquent la persistance de l'onchocercose, notamment le refus de consommation ou la consommation différée du médicament, l'influence ou la peur des effets secondaires entraînant la réticence des populations à la consommation du Mectizan gracieusement distribué. En plus de ces facteurs, d'autres facteurs sont d'ordre institutionnel. Ce chapitre a pour principales articulations, le déplacement des populations lié à la persistance de la maladie, les conflits entre DC et la communauté, les usages locaux du Mectizan et les facteurs de dysfonctionnement des méthodes mises en place pour de la lutte contre l'onchocercose et la gestion des effets secondaires.

6.1. Fiabilité des données et persistance de la maladie

La gestion des données de couvertures des campagnes de masse, est un élément important dans le processus de surveillance épidémiologique sur le plan de l'évaluation du niveau de couverture thérapeutique et géographique. En effet les données renseignent sur le niveau statistique de la couverture de chimiothérapie préventive de la maladie mais aussi du niveau de la couverture géographique à partir des stratégies mises en place pour l'élimination de la maladie. Ces données sont donc collectées au niveau local et permettent de renseigner les priorités au niveau central. Ce qui permet d'ajuster ou de réajuster les stratégies. Pour le cas de l'onchocercose, les personnes rencontrées pensent que la persistance de la maladie est due au manque de fiabilité des données collectées et transmises pour la prise des décisions. En effet comme ils semblent le dire, ces données ne permettent pas de connaître les réalités sur l'évolution réelle de la maladie dans les localités. Si aujourd'hui la maladie montre une certaine persistance dans les localités de Kouoptamo, Fosset, Massangam et probablement dans toutes les autres régions où la maladie continue d'exister, cela est fort probablement lié à la qualité des données transmises qui ne reflètent pas toujours les réalités locales. Même les responsables à ce niveau le soulignent :

Oui la maladie persiste jusqu'aujourd'hui parce que nous n'avons pas d'un, les données fiables, c'est-à-dire les données qui concordent avec les réalités sur le terrain ; Oui j'étais en train de dire que d'abord les données qui sont recueillies auprès de nos distributeurs communautaires, ne sont pas toujours très fiables. Pour dire qu'au fur et à mesure que les gens même prenaient ces comprimés de Mectizan, c'est comme ça que les mout-mouts transmettaient encore ces germes aux gens. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

En l'absence des données fiables et la présence permanente de l'agent vecteur la lutte contre l'onchocercose selon cet informateur, reste difficile. Cela rend compte de la persistance de la maladie. L'enquête souligne la non fiabilité des données en la rapportant simplement en la présence permanente de la simule. Il faut dire que la fiabilité des données se rapporte au reportage de ces dernières sur les registres des distributeurs. En effet le mode de gestion et de prise en charge des agents distributeurs influence sur la qualité des données qu'ils renseignent dans les différents registres de distribution. Des responsables soulignent à juste titre que la motivation des distributeurs communautaires dépend de leur engagement et surtout de l'objectivité des données et de leur rapport à la réalité. Ils le disent en ces termes, « *Si on pouvait suffisamment motiver les DC, sans inclure la communauté, les gens devaient se lancer effectivement dans le travail* ». (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

La motivation réelle des distributeurs est donc importante pour les encourager à plus de responsabilité dans leur tâche. Le manque de motivation financière influence réellement l'engagement de ces distributeurs qui souvent refusent d'appliquer certaines exigences liées à la mise en œuvre des activités de distribution. C'est ce que souligne cet enquêteur :

Les distributeurs refusent ! Quand tu leur demande d'aller recenser et ensuite revenir pour distribuer ils te disent que c'est impossible. Parfois ils acceptent mais ils n'appliquent pas. Tu sais qu'il n'y a plus d'argent dans la distribution. Donc les gens ne sont plus motivés à faire ce travail. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

La non effectivité de la distribution se vérifie souvent lorsque les populations se plaignent de n'avoir pas reçus les médicaments lors de la campagne or le rapport du distributeur montre une couverture géographique et thérapeutique complète. Pourtant la réalité est toute autre. Et comme le déclare ce responsable de formation sanitaire et coordonnateur local des activités de distribution, il y a toujours des distributeurs de faible moralité qui essayent de trouver une justification lorsque les membres de la communauté révèlent la réalité sur leur aire de distribution. Un informateur avance que :

Oui il y a toujours les malhonnêtes, ça ne manque pas ! Il arrive que certains gens se plaignent qu'ils n'ont pas eu le Mectizan dans leur zone alors que le DC vient dire qu'il a tout fini. Alors tu leur poses la question, où est partie la quantité de Mectizan que tu as pris quand les gens se plaignent encore ? Il se défend, il dit qu'ils (les gens) prennent ça pour aller traiter les animaux, parce qu'on prend ça pour traiter les animaux. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

La transmission des données erronées provient de la mauvaise gestion des distributeurs sur le terrain. Cette mauvaise gestion est source de distraction des médicaments et rend compte de la disponibilité clandestine et illégale du Mectizan sur le marché local. Un vendeur de

médicaments contacté au marché de Foubot nous confie d'ailleurs que le Mectizan leurs sont souvent livré par des distributeurs :

Mon frère on fait comment c'est du business. Tu vas trouver ça où. Les distributeurs apportent ça et comme les gens demandent toujours, nous on vend. Il est vrai nous essayons de respecter la posologie avec la taille et le poids, mais c'est le business. Si je n'étais pas convaincu de qui tu es, je n'aurais jamais accepté que je vende ça. Parfois on arrête quand on te trouve avec. On fait comment c'est le business (Entretien réalisé le 10/06/20 à Foubot).

Bien que conscient du caractère illégal de l'activité de vente de ce médicament sur le marché, la forte demande locale reste une source de motivation pour le vendeur qui contracte avec les distributeurs pour entrer en possession de cette manne très sollicitée et dont les usages sont multiples dans les communautés. Rappelons que la question soulevée dans ce sous-titre était celle de la fiabilité des données transmises permettant les prises de décisions et le déclenchement des actions au niveau central pour les activités de lutte contre l'onchocercose. Au-delà donc de ce facteur lié à la fiabilité des données rapportées par les distributeurs communautaires, il existe des facteurs environnementaux. En effet dans les communautés, la chaîne de transmission n'est pas interrompue du fait de la présence permanente de l'agent vecteur dans l'environnement où vit la population.

Il est, à ce niveau je crois c'est beaucoup plus la zone de Massangam, qu'il a été prouvé que la transmission continue dans les communautés qui sont en train de suivre des stratégies alternatives présentement. Donc, il y a plusieurs facteurs. À Massangam par exemple le facteur environnemental est pour quelque chose. Maintenant on arrive à se poser la question de savoir est-ce que les gens ont respecté leur traitement de façon continue depuis le début, parce qu'il ne s'agit pas de prendre cette année et de sauter l'année prochaine et de prendre l'année d'après. Il faut prendre de façon continue, voilà l'une des questions qu'on se pose. (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam).

La présence permanente des agents vecteurs de la maladie est en soit un élément à prendre en compte dans la gestion des données et la mise en place des stratégies et des programmes qui concourent à l'élimination de la maladie. Ce facteur environnemental lié à une exposition permanente rend compte de la présence continue du vecteur et la persistance de la maladie dans les localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Cette persistance est également motivée par les mouvements des populations qui parfois entrent en déphasage avec les périodes de campagne de chimiothérapie préventive ou curative de l'onchocercose, organisées annuellement dans les localités concernées.

6.2. Déplacement des populations, autre facteur de la persistance de l'onchocercose

Les migrations des populations sont également des facteurs qui rendent compte de la persistance de la maladie. En réalité si l'on part du principe de la transmission d'homme à

homme de la maladie via les piqûres des vecteurs sur les personnes saines par les personnes malades en même temps et d'autre part du fait que ces déplacés sont absents au moment de la chimiothérapie préventive dans leur communauté et ne reviennent que lorsque celle-ci est passée, on comprend que les mouvements des populations est au rang des facteurs de persistance de la maladie. Dans les communautés impliquées dans cette étude, notamment à Kouoptamo, Fosset et à Massangam, on assiste à d'importants mouvements de migrations permanentes et régulières des populations. Cet attrait des populations qui y migrent est forcément dû à l'existence des terres arables favorables à l'agriculture aux endroits éloignés de leur habitat habituel. Les populations sont recensées au moment de l'enregistrement mais lorsque vient la période de distribution, elles sont absentes. C'est ce qu'explique ce distributeur communautaire quand il précise que dans la communauté, les populations se déplacent en période d'activités agricoles vers les plantations.

Parfois quand on vient pour le recensement il y a les gens et comme parfois ça traîne, tu reviens tu trouves qu'ils ne sont plus là. On te dit qu'ils ont voyagé comme c'est la période des champs. Il y a les gens ici qui ont les champs très loin. Parfois ils vont à Massangam ou à Baïgom. Ils vont souvent rester là-bas pendant des semaines et quand ils rentrent la campagne est déjà finie. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

La période de déplacement des populations coïncide avec celle de distribution. Celles-ci ne rentrent qu'au moment où la distribution est terminée. Certaines à leur retour, portent un doigt accusateur sur le DC qui refuserait de leur remettre le médicament lorsqu'elles reviennent sur leurs lieux de recensement. Aussi déclare cet informateur :

Je vis ici, j'ai deux concessions, j'habite ici et à Foumban, ma famille est à Foumban. Lorsque le moment de distribuer le Mectizan arrive, il faut la liste des membres de la famille, en partant du père jusqu'aux enfants et parfois on ne donne pas et on ne dit pas non plus de venir prendre ni indiquer où il faut aller prendre. Tu restes, tu attends jusqu'au moment où tu as prévu de faire un déplacement, et tu pars finalement sans avoir reçu le médicament. Tu reviens et tu réclames en vain. Le gars ne te donne pas. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

En dehors des déplacements dus à l'inadéquation entre la période de campagne et les moments d'intenses activités agricoles, principal moyen de vie des populations dans les localités de Kouoptamo Fosset et Massangam, il faut dire que le déplacement des populations ici prend en compte les migrations régionales. En réalité, comme l'expliquent des responsables, il existe encore des localités au Cameroun où les populations ne connaissent pas encore le Mectizan. Ces populations lorsqu'elles migrent, s'opposent à la consommation de ce médicament qui pour elles, est inconnue. Ces populations souvent venues du Nord-Ouest, comme le souligne un responsable de formation sanitaire, viennent dans des zones très

éloignées de leur localité d'origine où les campagnes de distribution de masse de Mectizan restent encore inconnues. Il le dit en effet,

Les gens du Nord-Ouest qui viennent ici là, ils nous disent qu'ils ne prennent pas le Mectizan. Comme ils sont dans les montagnes, les zones très éloignées, en brousse où l'accès est difficile pour les infirmiers, faute de route. Quand ils arrivent, ne connaissent pas le Mectizan ni les campagnes de distribution, on peut déduire la permanence de l'onchocercose dans ces villages. Quand ils viennent ici c'est parce qu'ils savent qu'il y a les routes ici on cultive on peut aller vendre. Chez eux la terre est riche mais on cultive il n'y a pas de route pour sortir la marchandise sur le marché. Donc c'est l'arrivé permanent des étrangers dans la communauté qui peut être la cause de ce qu'on peut encore rencontrer l'onchocercose dans le village-ci. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Il faut comprendre à la suite de ces propos que la couverture géographique et thérapeutique officielle reste à revoir du moment qu'il semble avoir des localités au Cameroun où les populations n'ont jamais entendu parler du Mectizan ou de la campagne de distribution gratuite de ce médicament en vue de la lutte contre l'onchocercose. Certes ces dernières viendraient des montagnes ou peut-être il n'existerait pas la maladie ou encore l'accès serait difficile pour permettre aux distributeurs et organisateurs de campagne thérapeutique, mais il reste que cette dernière déclaration reste forte évocateur. Il rend compte non seulement de la persistance de l'onchocercose mais aussi de l'existence probable des poches de diffusion de la maladie jusqu'ici non identifiées. Outre les mouvements migratoires et les déplacements saisonniers des populations pendant les campagnes de distribution de masse de Mectizan, les conflits communautaires apparaissent également comme facteur de résistance et de persistance de la maladie.

6.3. Conflits entre Distributeurs Communautaires et populations bénéficiaires

Certaines situations conflictuelles sont au cœur de la persistance de la maladie dans les communautés. Les informations collectées relèvent que les conflits qui existent entre les populations et leurs distributeurs entretiennent la persistance de la maladie. En effet, avoir des conflits avec le distributeur communautaire expose à des représailles qui vont jusqu'à la suspension de la dose du Mectizan annuelle. Les morceaux choisis suivants illustrent l'impact des conflits communautaires entre le DC et un membre ou une famille de la communauté, entraînant la persistance de l'onchocercose. « *Le DC ici n'arrive pas chez moi. Moi je pars à l'hôpital je demande là-bas. On avait eu un problème à cause du champ et depuis là, lorsque c'est lui qui distribue je sais que je ne vais pas avoir ; lui et moi c'est comme ça* ». (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Pour ce cas, le distributeur ne visite pas certains ménages pour des raisons de conflits qui l'opposent avec les membres de la famille. Ces derniers se rendent directement à la formation sanitaire pour obtenir le médicament. Une autre forme de conflit fait surface, la distribution par affinité dans les communautés. Autrement dit, le distributeur ne donne le médicament qu'à des personnes qui entrent dans son cercle de connaissance, d'ami ou de famille. C'est ce que dénonce cet autre informateur en ces termes

Nous ici on n'a pas de médicament. Le DC donne seulement à ses gens. Quand tu ne t'entends pas avec le DC c'est comme ça. L'année dernière j'avais pris chez un autre DC qui m'avait donné. Mais cette année, comme le DC ne vient pas chez nous c'est comme ça, on n'a pas pris ici. (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

L'entente ou la mésentente entre des membres de la communauté et le distributeur est au centre de la distribution arbitraire ou par affinité que dénonce cet informateur. A Kouoptamo comme à Fosset, ce type de conflit qui est permanent et les victimes n'hésitent pas à en parler lorsque l'occasion se présente. C'est l'exemple de cet informateur qui pense avoir un problème avec le DC, ce qui pourrait engendrer un comportement conflictuel entre le DC, sa famille et lui. Dit-il en effet,

Pour le dernier tour de distribution, moi comme tu me vois je ne vois pas bien et mes yeux ne vont pas loin à cause des filaires. Depuis que c'est arrivé et que je demande qu'on donne ma part, on ne donne pas mais on donne aux autres. À chaque fois que je demande, il me dit qu'il arrive, mais il ne vient pas, et c'est toujours comme ça. Il doit avoir quelque chose contre moi et ma famille. Parfois je lui dis de donner à ma belle-fille pour qu'à mon retour je prends, je pars et je rentre, mais rien ! Il n'a pas donné et c'est toujours comme ça. Je fais comment ? (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Les conflits entre distributeurs communautaires et les populations influence la couverture ou la bonne couverture thérapeutique du médicament. Aussi, la prise reste irrégulière. Cette situation entre également au rang des facteurs de la persistance de la maladie, associé à la peur des effets secondaires.

6.4. Représentations favorables à la persistance de la maladie

Les premières campagnes de distribution ont été entachées de représentations qui jusqu'aujourd'hui continuent d'influencer l'adhésion de certaines populations au médicament de prévention qu'est l'Ivermectine. Sans risque de se tromper, on se rend compte que le travail de sensibilisation et de communication autour de la maladie reste faible ou insuffisant dans la mesure où ces représentations restent d'actualité au sein des communautés. Comme l'expliquent les populations et même certains responsables de formation sanitaire, les

populations continuent de développer des thèses conspirationnistes à l'endroit de ces médicaments qui leur sont gracieusement distribués. C'est ce qu'explique cet informateur :

Et au départ, justement cette maladie ne pouvait pas déjà être éliminée facilement, parce que la population n'adhérait pas, il y avait des multiples pensées que la population n'est-ce pas mettait à l'endroit du personnel de la santé, à savoir ce médicament est venu rendre certains gens stériles ou les tuer, ainsi de suite ainsi de suite ! (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

À ces perceptions s'ajoutent certaines erreurs liées au respect de certaines instructions de distribution qui auraient causé des décès au sein des communautés, laissant ainsi un doute qui continue d'exister sur la véritable raison d'être du Mectizan.

Et encore même, au début quand on a même commencé ce traitement dans le district de santé de Massangam, il y avait certaines contre-indications qu'il fallait absolument respecter à savoir peut-être les malades grabataires chez qui on ne devait pas donner ces médicaments (malades grabataires ça veut dire gravement malades, qui étaient couchés au lit). Donc quand nos acteurs partaient sur le terrain, ils ne respectaient pas ces contre-indications et nous avons assisté à certaines personnes qui avaient rendu l'âme, et cela avait beaucoup joué sur la population, sur l'adhésion de la population (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Le non-respect de certaines indications de distribution au début des campagnes a été à l'origine des décès et des effets secondaires graves sur les personnes ; ce qui a eu un impact sur l'adhésion des populations et cela s'observe encore aujourd'hui. Et cela pourrait expliquer la persistance de l'onchocercose.

6.5. Refus du médicament

Plusieurs facteurs justifient le refus d'adhérer à la consommation du Mectizan. Dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, plusieurs facteurs ont été identifiés, et les plus importants tournent autour de la peur des effets secondaires, l'expérience vécue de la maladie par des tiers ou des connaissances, la croyance selon laquelle le Mectizan cause elle-même la maladie et porte un handicap sur les individus et par conséquent les activités locales.

6.5.1. Mectizan comme catalyseur des maladies

Pour les populations le Mectizan est cause de maladies. Pour les partisans de cette imagerie populaire, le Mectizan est perçue comme catalyseur de maladies et autres manifestations pathologiques inexistantes ou inconnues chez les individus avant qu'ils ne consomment ce médicament. L'Ivermectine en lui-même est donc dans les communautés de Fosset, Kouoptamo et Massangam, perçue comme facteurs de refus d'adhésion des populations aux campagnes sanitaires en rapport à la lutte contre l'onchocercose par la distribution du

Mectizan. Notre informateur de Fosset relève cela lorsqu'il explique les raisons du refus du Mectizan dans sa communauté :

D'autres disent que quand ils avalent le Mectizan ça part déclencher leur maladie. Parce qu'il y a trop de refus, il y en a certaines personnes qui refusent et pensent qu'au moment où ils prennent le Mectizan ça crée beaucoup de maladies. Ce n'est pas seulement le Mectizan, même le vaccin, en ce qui concerne le vaccin qu'on fait ici là, dès qu'on arrive chez certaines personnes elles ne veulent pas » (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Au-delà de ces raisons liées aux effets du médicament, plusieurs autres raisons évoquées expliquent les raisons du refus des populations à accepter la prise de l'Ivermectine. En effet pour certaines, la crainte ne se fonde pas trop sur les effets secondaires ou sur le fait que le Mectizan fasse surgir des maladies latentes. L'inquiétude porte sur l'incapacité à vaquer à leurs occupations quotidiennes une fois après avoir pris le Médicament. Elle s' imagine donc que cela est source de handicap sur leurs activités socioéconomiques.

6.5.2. Impact de la persistance de l'Onchocercose sur les activités socioéconomiques des populations

Le Mectizan est aussi perçu comme un frein aux activités sociales, culturelles et économiques dans les communautés de kouoptamo, Fosset et Massangam. En effet, la prise du Mectizan handicape les populations et les empêche de poursuivre leurs occupations quotidiennes. Pour ces dernières comme l'explique le responsable de l'aire de santé de Fosset, la campagne de distribution du Mectizan s'organise le plus souvent pendant les périodes de culture ou d'activités agricoles. Même lorsque certaines peuvent accepter supporter les effets du médicament, elles sont généralement inquiètes pour leurs productions agricoles. Il faut souligner que l'activité économique majeure dans ces localités tourne autour de l'agriculture et ses différents dérivés. Le Mectizan est donc perçu comme médicament dont les effets secondaires créent une sorte de handicap et est donc craint par les populations. Selon celles-ci, ce médicament, en plus de ses effets secondaires, vient réveiller des maladies latentes ou inconnues des individus. Il est également perçu comme un catalyseur de maladie ou encore, vient accélérer les manifestations des maladies cachées et inoffensives chez les individus. Le responsable d'aire de santé de Massangam tente les dires et les perceptions des communautés sur l'impact de la prise du médicament sur le bien-être social, économique et sanitaire des personnes :

Certains disent que des fois tu peux avoir une maladie, qui est cachée dans ton corps, mais quand tu prends le Mectizan ça déclenche cette maladie, donc peut-être tu pouvais vivre avec pendant deux ans ou alors quand tu prends à l'immédiat, ou encore la distribution se passe très souvent en période des travaux champêtres, certains ont peur

de le prendre et d'être empêchés pour vaquer à leurs occupations. Pour aller au champ, si je prends le Mectizan maintenant, et si je tombe malade, je vais faire comment avec mon champ ? Certains sont même très souvent malins, ils préfèrent même plutôt prendre et garder, même quand on demande aux DC que le Mectizan doit être pris devant eux mais certains cherchent plutôt à prendre des comprimés de Mectizan et laisser pour consommer au moment voulu. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

On comprend dès lors que la crainte des populations, c'est de ne plus pouvoir travailler parce que handicapées par les effets du médicament. Cette crainte comme le dit ce responsable fait en sorte que les populations parfois acceptent de prendre le médicament sans toutefois le consommer immédiatement comme l'exige la méthode prescrite pour la distribution. À Fosset comme à Massangam ou à Kouoptamo, les populations acceptent de recevoir mais n'envisagent pas le consommer par crainte des effets secondaires que cela cause et par ricochet l'empêchement de poursuivre leurs activités agricoles. Leurs arguments, sans être différent de ceux qu'avancent de certaines autres populations de Kouoptamo et de Fosset, reste celui de la peur des effets secondaires. Un membre de la communauté de Fosset explique à juste titre,

Ils ne veulent pas prendre ! Lorsqu'on distribue souvent, on distribue et ils reçoivent mais ils n'avalent pas ! Ils reçoivent mais ils n'avalent pas parce que lorsqu'ils prennent, ça part provoquer d'autres manifestations d'autres maladies qui seraient cachées dans son corps. Pourtant on conseille que si tu prends et que ça donne des choses comme des réactions, tu viens à l'hôpital et on traite ce que ça a provoqué. Il n'y a qu'eux seul qui savent ce qu'ils font avec ! moi je prends avec ma famille ! il y a les gens qui disent que lorsque tu prends ça part déclencher une autre maladie, et parfois ça fait gonfler le corps, ou bien tu te sens mal à l'aise sans explication. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

En clair, dans les communautés Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam, loin de ce que peuvent présenter les chiffres de la couverture thérapeutique, le Mectizan avec ses campagnes de distribution de masse n'est pas toujours bien accueilli par les populations. De plus en plus, comme le disent les informateurs, le médicament reçu n'est pas toujours consommé et les populations avancent plusieurs arguments qui tournent autour de la peur des effets secondaires, le handicap et surtout le fait que le Mectizan en lui-même soit la cause des maladies ou de plusieurs manifestations pathologiques indésirables causées par lui. Si l'on peut avoir l'impression que des personnes et des familles acceptent le médicament ou en redemandent il faut dire que l'acceptation n'est pas totale, c'est ce qu'explique ce responsable d'aire de santé dans la communauté de Fosset.

Oui parce qu'elle permet pour elle-même et pour les enfants, elles redemandent pour garder. Si tu rentres avec le médicament, tu te poses la question pourquoi on ne distribue pas tous les trois mois alors qu'on marche avec les affiches. Éradiquer la maladie serait difficile. On parle de 100% de la prise du médicament alors que ce n'est pas le cas. Pour certaines personnes on donne, elles disent qu'elles vont prendre mais

finissent à ne pas prendre. Ce problème existe. La qualité que tu donnes, dès que tu donnes le médicament on s'en sert autrement. La communauté c'est cela. Dès que tu donnes le médicament, ce sont les mêmes qui reviennent avec les yeux malvoyants et tu te rends compte qu'elles n'ont pas pris (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Comme l'explique ce responsable de formation sanitaire, les populations reçoivent les médicaments pendant la distribution et au moment des vérifications on se rend compte qu'elles ne les consomment pas. Notre informateur évoque la difficulté d'éradiquer complètement la maladie parce que la couverture thérapeutique n'est pas totale. Il y a certaines personnes qui refusent ou simplement acceptent le médicament sans en consommer. Plus clairement, les acteurs au niveau local pensent que la maladie ne pourrait pas être éradiquée si des comportements tels que la prise différées, le refus de consommer devant le distributeur ou la flexibilité des distributeurs acceptant laisser le médicament pour une prise ultérieure persistent. Ces responsables présentent cette situation dans leur propos lorsqu'ils affirment qu'il serait difficile d'éliminer la maladie si les mentalités ne changent pas.

Éradiquer la maladie serait difficile parce que je vous dis toujours qu'il y a des gens, par exemple vous savez que dans les médicaments on dit cent % mais, il y a toujours les rares cas mais on ne sait pas d'où ils sortent. Il y a certains à qui tu donnes et il te dit qu'ils vont prendre mais pour finir ils ne prennent pas. La qualité que tu donnes et dès que tu tournes le dos il en fait ce qu'il veut, vous savez que la communauté est ce qu'elle est. Il te dit vraiment qu'il a pris alors qu'il a mis ailleurs. Tu donnes le médicament et c'est quand il arrive ici avec les yeux avant que tu te rendes compte qu'il n'a pas pris. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

En fin de compte, ces différents refus de la consommation du Mectizan, ces stratégies locales de différer la prise du médicament pour une prise ultérieure toujours incertaine, semble maintenir la résistance et la persistance de la maladie que l'on observe aujourd'hui.

6.5.3. Crainte d'effets secondaires et refus du médicament

La peur des effets secondaires est l'une des raisons majeures du refus par les populations de prendre le Mectizan à Kouoptamo, Fosset et à Massangam. En effet, des personnes ayant au départ accepté la prise du Mectizan contre l'onchocercose, après avoir fait l'expérience des effets secondaires, décident de ne plus en consommer. De la même façon ces derniers sensibilisent l'entourage du risque de prendre le médicament de par leur expérience et par effet boule de neige l'information est disséminée dans toute la communauté. Dans l'ensemble des localités impliquées dans ce travail, cet argument a été présenté et les populations rencontrées stipulent souvent que le Mectizan déclencherait la maladie et serait même la cause des démangeaisons cutanées. C'est d'ailleurs ce que déclare ce membre du Village Kouopjoh à Kouoptamo ; « *Parce que lorsque je prends, ça va déclencher la maladie dans mon corps, non*

je prenais et ça me faisait les démangeaisons sur le corps et c'est pour cela que je ne prends plus » (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo). On comprend dès lors que cet informateur a des réticences vis-à-vis de la consommation du médicament et la raison tient d'une mauvaise expérience après les prises desdits médicaments. Cette réaction influence également l'entourage des premières victimes. En effet, l'observation de ces expériences et du vécu des effets secondaires sur les autres certaines personnes dans les communautés refusent la consommation du médicament.

6.6. Périodicité de la distribution du Mectizan

Le Mectizan est distribué chaque année pendant des périodes déterminées. Dans les localités de Kouoptamo Fosset et Massangam, la distribution se fait souvent dans un intervalle de temps bien défini. Elle se déroule selon des critères bien définis et selon les normes de gestion mises sur pied au niveau des communautés pour le contrôle des flux des médicaments. Cependant on se rend compte que la présence du médicament au-delà des périodes requises mais également l'utilisation abusive par les populations qui sont aujourd'hui dépendantes au médicament. Ce qui pousse à interroger les perceptions locales sur le Mectizan, les campagnes de distribution et la connaissance de l'objet de la distribution de ce médicament. Ces différents aspects abordés apparaissent dans les communautés cibles.

6.6.1. Objectifs de la distribution du Mectizan

Lorsque nous parlons de la connaissance sur le but de la distribution, nous pensons qu'il est important pour les populations d'avoir une idée fixe sur la campagne et les raisons de la distribution régulière du médicament dans les communautés. À la question de savoir quelle est la raison de la distribution du Mectizan, il nous a été donné de constater que les populations ne sont pas souvent clairement informées. En effet plusieurs membres des communautés de Kouoptamo, Massangam et Fosset ont souligné ne pas connaître la véritable raison de la distribution du Mectizan faite chaque année.

On nous donne sans nous dire le but de la distribution du Mectizan. Si après avoir pris alors que tu n'étais pas souffrant, la maladie sort sur toi qui avait duré et que tu ne savais pas. Ça donne parfois le filaire, si ça part attaquer la maladie, ça peut faire gonfler les yeux, ça peut provoquer d'autres fièvres sur toi, même le palu. Si après avoir pris et que les filaires n'apparaissent pas, on dit que ça soigne quoi ? (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

À lire cet informateur, c'est le Mectizan qui détermine l'état de santé du bénéficiaire. Selon ces déclarations, les populations ne reçoivent pas d'information sur le but de la distribution, mais elles peuvent juste faire le constat sur les effets du médicament. Ces derniers

est alors vu comme cause de la maladie et non une substance pour guérir. Il vient faire apparaître des pathologies cachées dans l'organisme du bénéficiaire, *« Ça donne parfois le filaire, ça fait des fois que ton corps, si ça part attaquer la maladie, ça peut faire gonfler les yeux, et aussi le palu aussi ça peut évoquer d'autres fièvres sur toi »*. Ce manque de connaissance et les perceptions qui découlent suite à cette faible connaissance est sans doute la cause des différents refus et conséquemment de la persistance de l'onchocercose dans les communautés.

Dans le processus de distribution, le DC est l'élément à la base. En effet c'est lui qui est formé et chargé d'informer et de former à son tour les membres de sa communauté à qui il administre le médicament selon des méthodes définies. À la suite du constat sur de véritables connaissances des bénéficiaires sur le but et le rôle joué par le Mectizan distribué à travers les campagnes de distribution de masse, nous avons pensé interroger les distributeurs communautaires. Voici ce qu'en disent les DC, *« On dit que c'est pour soigner les filaires, ça soigne aussi les poux, ça soigne aussi le ventre, ça soigne même les chics qu'on trouve souvent aux pieds, (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset). De Fosset à Kouoptamo et Massangam, le constat est le même. La plupart des DC, sont ignorants d'un certain nombre d'informations. Aussi, ils n'ont rien à transmettre aux populations dont ils ont la charge. Comme on peut le voir, sur ce rôle du Mectizan, les distributeurs interrogés ne s'expriment pas avec certitude sur la question. Pour beaucoup, le traitement au Mectizan reste dans les suppositions et les croyances.*

Je crois que c'est pour éradiquer ce mal de l'onchocercose. C'est pour qu'il n'y a plus des aveugles. C'est pour qu'il n'y ait plus des gens avec des pieds gonflés. Vous voyez que même au niveau du testicule parfois, c'est pour qu'il n'y ait plus de pauvreté parce que le père ou la maman aveugle doit utiliser son enfant pour le guider. Donc je crois que le Mectizan joue un très grand rôle. Les gens ne savaient pas, parce que c'est une maladie, les gens ne savaient pas exactement que c'est avec ce produit que les gens pouvaient se faire soigner. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Kouoptamo).

Par ailleurs, certains DC ne sont pas suffisamment formés et se contentent de distribuer les médicaments sans toutefois s'interroger sur ou les raisons de cette distribution. Ils ne peuvent non plus également fournir des informations aux bénéficiaires en cas de besoin. C'est l'exemple du DC de Njikpatah à Massangam.

On nous a seulement dit de venir. On faisait la formation et après on nous a remis les médicaments pour distribuer. La formation était en français mais je sais qu'on dit souvent que le Mectizan c'est pour donner aux gens de soigner le filaire. Tout le monde est au courant donc il n'y a pas trop de chose à expliquer quand tu arrives. Tu demandes seulement l'âge et la taille et tu donnes les médicaments. Les femmes enceintes et les enfants ne prennent pas. Il y a aussi les gens qui sont déjà trop âgés, mais aussi les malades (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Estimant que tout le monde est au courant, ce distributeur trouve qu'il n'est plus nécessaire qu'on explique les procédés sur la distribution du Mectizan et la maladie aux bénéficiaires. Visiblement, il manque de connaissance et trouve un moyen pour ne pas avoir à répondre aux questions des bénéficiaires sur le Mectizan et la maladie. Ce manque de connaissance des DC par rapport au rôle du médicament et cette façon de comprendre l'objectif de sa distribution montrent à suffisance les causes de certains usages qu'en adoptent les populations.

6.6.2. Disponibilité du Mectizan post-campagnes de distribution de masse

Le Mectizan est d'ordinaire distribué annuellement dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, sauf dans des zones spécifiques où sont appliquées des stratégies alternatives. Cette distribution se déroule sous contrôle et les médicaments non distribués sont retournés dans les formations sanitaires ou à la coordination de la campagne de distribution. Des distributeurs rencontrés expliquent ce procédé en précisant l'utilisation d'un registre de distribution, lequel il est notifié les caractéristiques des personnes et surtout le nombre de comprimés acquis par chaque personne enregistrée.

Non après la campagne, nous remettons le reste des médicaments. Le procédé est que, on nous donne d'abord le cahier, nous faisons le recensement, on compte les gens et on écrit le nombre de comprimés à donner et on remet le cahier, et après deux semaines on nous appelle et lorsque nous allons retirer le cahier, on prend une fois avec le Mectizan et on descend avec. On passe seulement donner les médicaments en tenant compte des personnes recensées sur ton registre, de façon que tu distribues et que rien ne reste entre tes mains. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

En principe, le nombre de comprimés du Mectizan remis à chaque distributeur est fonction du nombre de personnes recensées par ce dernier, ceci est fait de sorte que le distributeur ne doit plus rester en possession du médicament une fois la campagne terminée. Dans certaines formations sanitaires, la stratégie de distribution intègre des périodes de rattrapage. Aussi, les reliquats de médicament sont distribués à des personnes n'ayant pas reçu lors du passage du premier tour et qui se signalent ou lorsqu'on les identifie.

Bon dans notre aire de santé, nous on lutte même plutôt pour donner aux gens et garder même l'autre, ceux qui n'en ont pas pris on leur donne après et on fait les rapports. Sauf si l'autre là se fait ailleurs. Parce qu'ici quand le Mectizan arrive si le chef de l'aire garde il sait qu'il y aura les gens qui vont venir réclamer. Il préfère encore garder une boîte, et quand on dit qu'il y a un cas là-bas il demande de venir chercher. Ceux qui n'ont pas pris, ils viennent souvent au centre de santé dire qu'ils n'étaient pas là au moment de la distribution. Il y a même certains qui veulent prendre jusqu'à doubler même. Donc si tu sors avec tu joues une personne peut tout prendre. Donc les gens sont engagés à

prendre. Dans notre aire surtout dans notre aire ci. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

On note surtout l'engagement des populations à adhérer à la distribution et à la consommation du Mectizan pendant les périodes de campagnes de distribution. Le médicament est ainsi censé être distribué uniquement lors des campagnes. Cependant il faut souligner que même après les périodes de distribution, le médicament continu de circuler dans la communauté. À la question de savoir quels sont les autres moyens d'obtention du médicament en dehors des périodes consacrées au traitement de masse, il ressort qu'il peut se trouver dans les marchés à la disposition des personnes qui en sollicitent. C'est ce qu'on peut retenir de cette déclaration des membres de la communauté de Kouoptamo :

Sauf si on achète. Puisqu'eux-mêmes en partageant ils disent que si quelqu'un rate pendant la période de distribution il va arriver à l'hôpital et on va lui vendre. Quand tu as raté à cette période ce que c'est raté, et ils disent qu'on vend selon ce qu'ils savent à tel prix. Cela veut dire qu'il y a la possibilité de trouver et d'acheter. (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo)

Il y a la possibilité de trouver sur le marché et de s'en procurer. Les observations sur le terrain ont permis de constater qu'effectivement, le médicament est disponible sur le marché, bien que ceux chez qui nous en avons trouvé en possession aient avoué être dans l'illégalité. Mais ce qui nous retient c'est la présence du médicament sur les étals auprès de ces vendeurs de médicament.

6.6.3. Dépendance au médicament

La dépendance au Mectizan fait partie des facteurs explicatifs de la persistance de la maladie dans les communautés Bamoun. À Kouoptamo, Massangam et Fosset, les populations de par leurs perceptions du Mectizan comme médicament à tout soigner, l'utilisent de façon constante. C'est devenu une sorte de soigne-tout chez les populations. Certains estiment même qu'il faut qu'il reste dans le sang pour prévenir d'éventuelles maladies et surtout le mal des yeux dont ils souffrent. C'est ce que déclare d'ailleurs un membre de la communauté de Kouoptamo, lorsqu'il explique l'impact positif de médicament pour la vue :

Je traite toujours avec. Puisque j'ai souvent les yeux qui grattent à chaque fois que le médicament est fini dans mon sang. Si à ce moment, on n'a pas encore commencé la distribution je m'adresse au communicateur, s'il en a, il me donne. Et lorsque j'ai pris mes yeux arrêtent de démanger. Oui-oui à chaque fois que j'arrête de prendre, mes yeux se mettent à gratter. (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Pour cet informateur, la prise de médicament est constante. Le simple fait d'arrêter d'en prendre déclenche des démangeaisons oculaires. Comme il le dit si bien lorsque la période de distribution n'est pas encore arrivée, il se ravitaille chez le distributeur communautaire qui selon

lui, semble l'avoir en permanence. La curiosité ici c'est beaucoup plus la détention illégale du Mectizan par le distributeur en dehors du passage normal prévu pour la distribution. La vérité étant qu'en dehors des périodes de distribution annuelle, les distributeurs communautaires ne doivent pas être en possession du médicament. Ceci l'est d'autant plus que le reste des médicaments non distribués est décompté et retourné aux responsables sanitaires locaux en charge de la coordination de la distribution. De pareils exemples de consommation du médicament au-delà des périodes indiquées sont pluriels dans les différentes communautés en études.

Un autre cas de dépendance, toujours dans la communauté de Kouoptamo, c'est celui de cette mère d'enfant du village Kouopjoh. Pour cette maman en effet, le médicament est administré régulièrement à son jeune enfant qui selon elle est en proie à des démangeaisons corporelles. Aussi a-t-elle pris l'habitude d'acheter le Mectizan au marché. Et comme déclare ce membre de la communauté, il lui aurait été conseillé d'utiliser le médicament pour soigner les démangeaisons dont fait face son enfant. Au lieu de le prendre auprès du distributeur communautaire pendant les périodes annuelles de distribution, cette dernière se ravitaille au marché local.

Mon fils que tu vois là, je lui donne le Mectizan chaque fois. Il a souvent les trucs qui sortent de son corps et qui grattent. On m'avait dit de lui donner régulièrement. Donc dès que son corps commence à gratter, je cherche seulement le Mectizan et ça se calme. Il y a souvent le distributeur qui me donne souvent, mais parfois quand j'arrive il dit que c'est fini et je suis obligé de prendre chez les gens du panier (pour dire les vendeurs ambulants). Parmi ces gens qui vendent, il y a même un père qui marche souvent avec le vélo avec les médicaments, il en a souvent et c'est chez lui que j'achète parfois. Mais quand il ne passe pas je descends seulement au marché, ça ne manque pas. (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Cet autre exemple dénote de la présence du médicament en dehors des périodes spécifiques de distribution. On peut comprendre dès lors que le médicament n'est pas toujours pris selon les normes prescrites, mais dans les voies non conformes au règlement prévu pour la distribution. La libre circulation ouvre la voie à plusieurs formes d'utilisation du médicament identifiées dans les communautés. (Les différentes formes d'utilisation locale du Mectizan seront abordées dans le prochain chapitre).

6.6.4. Perception locale du Mectizan

La notion de perception indique souvent l'imagination que les acteurs sociaux peuvent avoir sur un élément de leur environnement. C'est aussi une façon de signifier ou de se faire une idée de la réalité culturelle en fonction de l'interaction que l'on a face à cette dernière. Les

questions de perception ont souvent un impact sur les manières de faire et d'agir des individus face à une situation donnée. Les perceptions des populations bamoun dans les communautés de Kouoptamo, Massangam et Fosset influencent sur leur adhésion à la consommation du médicament et au respect des prescriptions sur la prise correcte du Mectizan. Il faut donc dire que dans ces communautés, on enregistre une double perception de médicament. D'une part certains membres de la communauté apprécient le médicament et louent les campagnes de distribution de masse. Pour ces derniers, le médicament est le bienvenu. Se fondant sur les bienfaits apportés par le Mectizan, ceux-ci sont favorables aux campagnes de lutte contre l'onchocercose dans leur communauté. Selon les responsables des formations sanitaires, cette tranche de la population a bien accueilli le médicament et en fait plusieurs témoignages sur ses bienfaits dans leurs différents maux.

Non les populations sont très contentes. À un moment donné, elles demandent, elles réclament, de prendre le Mectizan parce qu'au cours d'une rencontre avec cette population, tant qu'on va parler du Mectizan, les gens vont même vous harceler, c'est-à-dire qu'ils vont au-delà des autres produits que nous connaissons. Ils disent que ça guérit le rhumatisme, les hommes disent même que ça guérit même l'impuissance sexuelle, beaucoup le disent en tout cas. Même, les chics n'existent plus, les poux aussi. Oui d'autre racontent que l'impuissance sexuelle aussi, ils le témoignent même au cours des rencontres. C'est-à-dire que, ils ont eu une amélioration sexuelle, une amélioration de tonus sexuel. D'autres disent que leur rhumatisme a même déjà beaucoup diminué et bien sur ceux qui avaient une vue pas claire ont retrouvé la vue. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Pour ces membres et bénéficiaires des campagnes de distribution annuellement organisées dans les communautés, le Mectizan vient éradiquer tous les problèmes de santé auxquels ils font face. Comme le précise le responsable de formation sanitaire, ils revendiquent souvent le médicament pour des fins de consommation selon l'appréciation qu'ils en font. Non loin de ceux-ci, on retrouve également ces bénéficiaires dont le précieux médicament à la distribution gratuite sert tout simplement aux usages conformes de la prescription établie. Pour ces autres, la distribution du Mectizan doit continuer afin qu'ils l'utilisent pour des usages contraires mais qui leur permettent à résoudre des difficultés de leur existence et de leurs activités : usages pour le traitement des poux et des animaux etc. Les responsables de formations sanitaires en font état :

Avant tu venais avec, on te chassait devant la porte. S'ils se bousculent ça veut dire qu'ils connaissent un peu ce que c'est que le Mectizan. Ils savent ce que ça traite mais la majorité traite encore les poux avec. On a même essayé de leur dire que si quelqu'un a les poux, même les chiques quand il avale ça ils vont cesser, ils vont mourir. On met toujours ça dans la tête des enfants. On est en train de sensibiliser, mais ils comprennent déjà que le Mectizan est important parce que lors du recensement, on explique ce qu'on

veut faire avant de prendre les noms. Si tu ne dis même pas ce que tu cherches à faire on ne te donne même pas son nom, c'est ça le problème. Quand tu expliques à ceux qui sont inspirés, ils appellent même leur famille de venir chercher. Et depuis trente ans, c'est maintenant que les mentalités commencent à changer, c'est un peu tard ! Je suis arrivé ici en 2014, tu les appelaient même ils ne venaient pas. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

D'autre part, nous avons ces bénéficiaires qui affichent des attitudes septiques vis-à-vis du médicament. Ces détracteurs pensent que le médicament est nuisible pour leur santé. Se servant pour la plupart des expériences personnelles de réactions allergiques ou des effets secondaires du médicament, ils s'érigent contre la consommation du médicament. Pour cette catégorie, les expériences dues aux effets secondaires vécus ou observés sont l'occasion même du refus de la consommation du médicament. C'est l'exemple de ce membre de la communauté de Massangam qui en refusant de s'entretenir avec nous après avoir présenté l'objet de notre présence, lance, « moi je ne prends pas ! Chez moi on ne prend pas, ne venez pas ici avec. Ce que ça a fait à mon oncle quand il avait, pris vous n'avez rien fait à l'hôpital. C'est encore nous qui avons cherché l'argent. Il est mort à cause de ces comprimés. Si c'est pour ça ne venez pas ici avec, je ne veux même pas ! Partez ». Ces propos ne sont pas exactement ceux utilisés mais nous avons essayé de reconstituer l'idée émise par cet informateur qui a refusé l'entretien en utilisant ce prétexte.

D'autres vont souvent même interdire la consommation de ce médicament à leurs enfants ou toute autre personne proche de la famille, et la raison souvent avancée c'est également l'apparition des effets secondaires et beaucoup plus la non prise en compte de ces effets secondaires par les autorités sanitaires lorsque le problème survient. Ils affichent parfois des refus catégoriques à l'endroit des distributeurs. Un distributeur d'ailleurs le dit en effet :

Quand ils viennent pour donner ils te disent que si tu as des problèmes tu viens à l'hôpital on va te soigner gratuit. Mais quand tu arrives là-bas avec un cas ça devient différent. Si tu n'as pas d'argent on ne te soigne pas. Donc moi je ne prends pas et j'ai interdit à mes enfants de prendre. Quand ils vont avoir des problèmes après, c'est moi qui vais souffrir. C'est ça le problème avec ça. Oui ça soigne les gens, mais moi j'ai déjà eu des problèmes avec. (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo)

On comprend que la question de la gestion des effets secondaires récurrents est un facteur majeur du refus du médicament et par conséquent de la persistance la maladie.

6.7. Usages locaux du Mectizan

Lorsque nous parlons des usages du Mectizan, nous faisons référence à ses multiples formes d'utilisation identifiées dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam.

Dans la politique de lutte contre l'onchocercose et les autres manifestations en rapport à cette maladie, le Mectizan jusqu'à nos jours reste le seul médicament recommandé. L'on se rend compte que dans ces communautés, ce médicament fait l'objet de plusieurs autres usages. On observe régulièrement que les populations semblent en réclamer pendant ou après les campagnes de distribution de masse mais les responsables des formations sanitaires estiment que les demandes et les multiples réclamations ne sont pas toujours fondées sur le besoin sanitaire pour lequel le médicament est gracieusement mis à la disposition de la communauté. Selon ces responsables, il semblerait que les populations en demandent généralement pour d'autres usages dont l'efficacité est culturellement construite et avérée auprès de ces utilisateurs atypiques. C'est l'exemple de Fosset où le responsable de la formation sanitaire explique que :

Dans les communautés, certaines personnes sont revenues demander le Mectizan au DC, ce n'était plus pour prendre, c'était pour faire autre chose avec. On se rend compte qu'ils donnaient aux animaux, d'autres prennent ça ils ne boivent pas, ils mettent sur leurs têtes, surtout les femmes, ça tue les poux, alors qu'ils oublient qu'en avalant ça va tuer davantage les poux. Mais ce n'est pas facile vraiment de savoir cela, mais seulement, quand les gens viennent se plaindre ici qu'ils n'ont pas eu le Mectizan, le DC vient nous dire que non il a eu, il veut seulement avoir une deuxième dose pour donner à son animal. Il est venu j'ai refusé et il vient se plaindre à vous à l'hôpital. Il dit que le père là a eu le Mectizan mais il veut venir nous tromper pour qu'on lui donne l'autre il part faire autres choses avec. Donc le DC connaît ce que les gens font avec le Mectizan au quartier quand il veut prendre deux doses à la fois. Mais nous savons qu'ils vont distribuer le Mectizan à la population seulement pour ceux qui disent qu'on donne, ceux-là n'ont pas encore mangé et disent qu'ils vont prendre après, on ne connaît pas s'ils ont pris après. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Il est ainsi clair que certaines personnes qui reviennent réclamer le médicament après la distribution ont souvent d'autres intentions par rapport à l'utilisation appropriée du médicament. Comme les responsables des formations sanitaires expliquent, les populations donnent les médicaments aux animaux, ou les utilisent en tant que poison pour tuer les poux sur la tête. Par ailleurs le distributeur, comme le souligne cet informateur, est au courant de ce qui est fait du Mectizan lorsque certaines personnes le reçoivent et font semblant d'en redemander. Il existe donc plusieurs formes d'utilisation du Mectizan dans les communautés bamoun et celles décrites ici sont les plus en vue.

6.7.1. Expériences personnelles et usages du Mectizan

Les usages détournés ou ce qui tient lieu de mésusages naît de l'expérience quotidienne des communautés. Sans qu'aucune instruction ne leur soit donnée par les responsables de santé, sans avoir de formation ou de connaissance en médecine, les populations par des expériences personnelles parviennent à donner d'autres usages aux médicaments. En réalité l'on peut dire

que le contact régulier avec le Mectizan fait naître chez ces dernières des connaissances sur les possibles adaptations thérapeutiques et autres de ce médicament concernant les autres problèmes de santé et besoins réguliers dans la communauté.

Non ça ce sont des expériences personnelles que ces communautés ont menées, donc ce n'est pas le personnel de la santé qui dit à cette communauté que vous voyez le comprimé-ci comme ça la, quand on écrase on met sur la tête et ça tue les poux. Nous avons toujours dit à la population que les comprimés de Mectizan aident beaucoup, ça n'aide pas seulement à tuer les filaires. Nous avons même parlé des chiques, parce que depuis ces derniers temps, ces dernières années, c'est difficile de voir encore les chics comme avant sur les pieds des gens. Nous avons également dit à la population que ce médicament sert au niveau de la fatigue, à moins que le patient ne présente des effets secondaires, puisque ce n'est pas seulement le Mectizan qui a des effets secondaires, tout médicament à des effets secondaires. Mais certaines personnes après la prise viennent nous dire que quand j'ai pris le Mectizan, la façon que moi je me sentais je ne me sens plus comme ça, les comprimés m'ont fortifié. Mais le fait d'écraser et mettre sur la tête, ce sont les expériences qu'eux-mêmes ont découvert. Mais on leur dit maintenant que ce n'est pas parce que vous écrasez vous mettez sur la tête que ça tue les poux, même après avoir avalé ça tue les poux. Mais ils préfèrent écraser ! (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

De par ces explications on peut comprendre que les populations expérimentent les différents usages du Mectizan pour définir la situation morbide qui selon elles nécessitent sa consommation ou son utilisation. Au-delà de ses effets constatés sur la santé en rapport avec la consommation du Mectizan, les communautés attestent d'une large utilisation du médicament de l'onchocercose.

Le Mectizan dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam fait ainsi l'objet de plusieurs usages non conformes à l'objectif initial. Ce médicament, gracieusement distribué à des périodes déterminées de l'année aux populations dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose, est aujourd'hui utilisé à d'autres fins. Ce détournement de l'usage initial pour ceux culturellement inventés entre dans les facteurs de la persistance de l'onchocercose. En effet les facteurs de la présence et de l'utilisation récurrente du médicament ont été une opportunité pour les populations de découvrir en ce médicament des usages culturellement plus profitables que ceux du traitement de l'onchocercose. Ces multiples usages ont ainsi été recensés et nous en présentons les plus usuels.

6.7.2. Usages détournés du Mectizan

Dans les communautés, les populations développent des stratégies pour se soustraire à l'obligation de consommation du Mectizan imposé par la réglementation de la distribution mise en place pendant les campagnes. Ces stratégies sont alors à la base du mésusage ou des usages

détournés de ce médicament dont la fonction première est celle de prévenir, de traiter pour éliminer l'onchocercose dans les communautés. « *Je vais prendre à la maison, je suis en train de jeuner, je vais prendre le soir, je n'ai pas encore mangé, donnez-nous pour les enfants absents etc.* » sont autant de stratagèmes utilisés par ces communautés pour entrer en possession du médicament afin d'en faire d'autres usages qui sont guidés par l'expérience acquise dans les communautés.

On distribue le Mectizan pour barrer la route à l'oncho. La grande majorité prend ça pour barrer la route à l'oncho, mais une infime partie c'est pour des fins illicites par exemple tuer les poux ! Moi principalement, quand tu viens tu me dis que donne-moi le Mectizan je vais boire ça à la maison, je te dis que non tu vas boire ça devant moi. S'il insiste je lui dis laisse, tu veux boire à quelle heure à la maison ? Il dit 19h, je dis bon à 19h je serai chez toi pour que tu prennes. Il dit non donne moi est-ce que je suis un enfant ? Et je refuse en lui expliquant que c'est la règle, on nous a formés comme ça ! (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Les usages du Mectizan dans les communautés sont donc multiples et les populations passent par des stratégies pour s'en procurer auprès des distributeurs pendant les campagnes de distribution. Les expériences individuelles développées au quotidien sont les différents facteurs qui poussent les populations à vouloir utiliser les médicaments pour des intérêts personnels n'ayant aucun rapport direct avec le traitement de l'onchocercose.

6.7.2.1. Mectizan : poison pour les poux

L'usage du Mectizan comme poison pour tuer les poux est le plus répandu. Dans les communautés de Kouoptamo, Massangam et Fosset, la première réaction des populations lorsque l'on évoque le mot Mectizan est celui de dire « *c'est le remède pour tuer les poux* ». Cette utilisation est même répandue dans tout le département du Noun. À plusieurs reprises pendant les nombreux déplacements dans le cadre de cette recherche, un réflexe nous revenait d'évoquer notre sujet et nous trouvions toujours un stratagème pour l'introduire au cours des échanges informels dans des lieux publics et de cérémonies, les voitures de transport, etc. À chaque fois nous nous rendions compte, selon les réactions des populations que le Mectizan est plus connu pour tuer les poux que pour traiter l'onchocercose. « *C'est pour tuer les poux, moi je ne prends plus ça. Quand on partage, je prends souvent mais je ne bois pas. Quand tu prends ça, tu écrases et tu mélanges avec de l'huile rouge et tu mets sur la tête là, les poux vont finir. D'ailleurs est-ce que vous entendez encore parler des poux, c'est ce remède qui aide* ». Pour revenir aux contextes géographiques de cette étude, les témoignages des personnes rencontrées sont forts évocateurs à ce sujet.

On utilise aussi pour les poux de la tête, la majorité des femmes quand elles prennent, elles n'avalent pas. Même les femmes enceintes reçoivent mais n'avalent pas, elles mettent dans les cheveux pour tuer les poux. Elles mettent aussi sur la tête des enfants pour tuer les poux. C'est comme ça partout ici (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Ainsi, les femmes enceintes reçoivent le médicament. Comme leur état ne leur permet pas de le consommer, elles utilisent les comprimés de Mectizan pour lutter contre les poux sur leurs têtes et celles des enfants. « *Oui il y a ceux qui disent qu'ils ont trop de poux sur la tête. Celles-là cherchent à prendre pour empoisonner leur tête avec contre les poux* » (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset). Pour ces fins, le médicament est également vendu sur le marché et les femmes s'en procurent pour résoudre leurs problèmes de poux. Cette information circule dans toutes les communautés et le prix du médicament sur le marché est connu « *Moi j'ai déjà appris que les gens mettent dans les cheveux pour tuer les poux, et on vend ça au marché, le comprimé coûte cent francs.* » (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo). D'autres populations adoptent des stratégies variées pour recevoir le médicament pendant la distribution et l'utiliser à leur fin après le passage du distributeur.

Quand tu arrives il dit que j'ai les poux, parce qu'il paraît que ça traite l'affaire des poux sur la tête. Il y a d'autres qui prennent, ils refusent d'avaler devant toi et comme ça, tu sais déjà qu'il va utiliser pour autre chose. On donne des fois il va dire qu'il a jeuné, vous savez que nous sommes dans une communauté où les gens sont pour la plupart des musulmans. (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Le Mectizan est donc utilisé pour tuer les poux et les femmes qui le reçoivent semblent, pour leur majorité, ne pas le consommer selon les règles et le but initial du médicament. Avec ces dernières, souvent majoritaires parce que plus fréquentes dans les ménages au moment du passage des distributeurs, on peut se rendre compte que nombreuses d'entre elles utilisent le médicament reçu pour tuer les poux. Ceci peut donc avoir un impact significatif sur l'atteinte des objectifs de l'élimination de l'onchocercose et conséquemment la persistance de la maladie dans les communautés.

Cette utilisation semble liée à un défaut de sensibilisation. En réalité, lorsqu'on analyse les comportements et les explications des responsables des formations sanitaires, on arrive à la conclusion selon laquelle le problème à la base de cette mauvaise utilisation est dû à la mauvaise assimilation des informations transmises sur le médicament et l'étendue de son efficacité. En essayant de confirmer l'usage du Mectizan pour l'élimination des poux, un informateur décrit la procédure mais laisse transparaître dans son propos ce défaut de sensibilisation.

Oui-oui, justement certains gens refusent souvent de prendre ça devant le DC. Soi-disant qu'ils vont prendre ça après. Ils prennent souvent pour tuer les poux avec. Parce que

nous avons bien compris dans la population que quand ils écrasent ils mettent ça sur la tête et ça tue bien les poux. Ça tue les poux et ce n'est pas le fait même de mettre ça sur la tête, parce que des études ont montré que même à travers la prise par voie orale c'est-à-dire quand on avale même ces comprimés là, ça aide même à tuer les poux sur la tête. Mais comme eux ils disent plutôt que c'est en écrasant et puis en mettent cette poudre-là sur la tête, c'est à ce moment que les poux seront tués, mais les études ont montré que même quand on prend ça par voie orale ça tue aussi les poux » (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Cet informateur responsable d'une formation sanitaire confirme ainsi l'efficacité du Mectizan dans le traitement des poux. Seulement on peut lire en filigrane un bémol sur la sensibilisation à ce niveau. En réalité, comme il le dit le Mectizan même consommé par voie orale contribue à l'élimination des poux de tête. Seulement les populations ayant mal assimilé cette explication introduisent directement la poudre du Mectizan sur les cheveux et le résultat est le même sur les poux. Or elles ignorent, selon ce responsable, que par voie orale le médicament est à large spectre d'action. C'est-à-dire qu'il permet d'éliminer un grand nombre d'agent pathogènes y compris les filaires de l'onchocercose. Il permet non seulement de tuer les microfilaires responsables de l'onchocercose mais aussi élimine les poux sur les cheveux. Il se pose ainsi un véritable problème de compréhension se rapportant à la faible sensibilisation.

6.7.2.2. Mectizan : médicament pour les animaux

Dans les activités culturelles locales, les populations ont découvert l'intérêt de l'Ivermectine dans la pratique de l'élevage. Sans apporter des explications sur leur découverte concernant l'efficacité du Mectizan sur la santé des animaux, les témoignages des populations sur les vertus de ce médicament sur le bien être des produits d'élevage sont pluriels. De façon générale, cette autre utilisation du Mectizan dans l'élevage est identifiée beaucoup plus à Fosset et même les responsables des formations sanitaires de cette localité attestent cela.

Le Mectizan ? Ça soigne, quand tu donnes aux animaux ça traite les vers de ces animaux-là, même la gale. Il dit que ce sont les autres qui prennent ça pour traiter les poux, les femmes aussi traitent les poux avec ça, au lieu de prendre, elles préfèrent écraser pour mettre sur la tête. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset)

Le Mectizan traiterait donc les vers intestinaux et la gale chez les animaux. Les membres des communautés ayant fait cette expérience sur les animaux domestiques l'utilisent en ces fins. Aussi, ce responsable de formation sanitaire atteste cette autre utilisation du Mectizan dont la consommation tient lieu de la drogue pour les animaux. Il s'exprime en effet :

Oui c'est aussi le remède des animaux, selon moi c'est comme une drogue pour les animaux comme je peux dire, C'est ce que je ne peux pas vraiment définir parce que je n'ai pas les animaux, mais on nous apprend que ça soigne la diarrhée des animaux, surtout les poules mais comme moi je n'ai pas encore donné ça aux chèvres je ne peux pas attester pour les chèvres. (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Plus précisément, comme le disent les responsables et agents de santé, les populations en réclament et demandent parfois à ce que le médicament leur soit vendu pour servir au traitement des poules et les chèvres,

Mais il y a aussi un problème que le Mectizan se vend, si vous partez maintenant en ville demander on va vous en vendre. On ne sait pas où est-ce qu'ils trouvent ça. Une femme est venue l'autre jour me dire qu'on donne le Mectizan aux poules, on donne aux chèvres, que je lui vends le Mectizan, j'ai dit que moi je ne vends pas le Mectizan, si c'est pour vendre je ne vends pas ; les DC distribuent mais moi on ne me donne pas pour distribuer. Elle disait que ça soigne la diarrhée des poules. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Cet informateur expose le cas de la vente du Mectizan sur le marché désormais mis à la disposition de toute personne qui en aurait besoin quel que soit l'usage. Les périodes de distribution sont donc des moments où ces utilisateurs d'un autre genre accèdent au médicament gracieusement et l'utilisent à d'autres fins.

6.7.2.3. Mectizan et fatigue

Le Mectizan agirait contre la fatigue et renforcerait les capacités sexuelles de ses utilisateurs. Telles sont les déclarations des populations qui après en avoir fait usage ont observé des changements physiologiques dus à sa consommation. Ces différentes manifestations les poussent donc à adopter des formes d'utilisation qu'elles adaptent aux différents besoins. Pour les cultivateurs, ce médicament lutte également contre la fatigue et leur restitue une forme physique pour le travail. Un informateur déclare :

Moi quand je prends le Mectizan ça me donne la force, je ne ressens plus quelque chose comme la fatigue. Surtout quand tu es rentré du champ le soir tu prends un comprimé, le lendemain tu ne ressens pas que tu as travaillé, et repars au travail. Quand on distribue, je prends souvent mais comme il refuse de donner beaucoup parfois j'achète ça au marché. IL donne seulement quatre comprimés et parfois même ils n'arrivent pas ici. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Le médicament est donc utilisé comme le dit cet informateur, pour lutter contre la fatigue et pour d'autres besoins. On en trouve sur le marché. Les populations attestent également qu'il permet de guérir plusieurs maux du corps et redonne de la vitalité et la force aux consommateurs.

Oui ça soigne beaucoup de maladies. Il y a des moments que ton corps pèse trop, quand tu prends ça te renforce. Par exemple les cultivateurs demandent souvent le médicament en disant que ça leur donne la force et ils travaillent sans ressentir la fatigue. Donc ça aide. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Pour d'autres utilisateurs d'un autre genre, le Mectizan agit également contre la fatigue sexuelle chez les personnes âgées. Selon ces informateurs, le Mectizan permet de revitaliser l'organe

sexuel masculin. De ce fait il est régulièrement consommé pour résoudre les problèmes de virilité sexuelle comme l'atteste ce DC, « *Oui ! Et ils font des témoignages. Ils disent que ça leur rend leur jeunesse. Ça soigne, ça renforce, mais beaucoup de personnes ne connaissent pas que ça renforce le sexe de l'homme* » (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Mais je sais qu'il y a des gens ici, depuis qu'on distribue ça les parents, les personnes déjà fatiguées, apparemment ça permet d'être un homme, ça renforce les choses. Souvent quand nous sommes en réunion, il y a les pères qui disent que ça a réveillé le mariage et quand ils vont voir que ça baisse, ils viennent souvent me demander de leur donner encore. Bon moi je sais qu'on ne donne pas ça tout le temps et je refuse. Peut-être ils vont acheter au marché, je ne sais pas. Oui on vend au marché. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Pour ces distributeurs, ces consommateurs comme ils le disent, ont pour habitude de réclamer le médicament lorsque surviennent la baisse de la performance sexuelle et quand il n'accède pas à leur demande, parce qu'il est proscrit de l'utiliser à tout moment, les populations s'en procurent au marché.

6.7.2.4. Mectizan et avortements

Dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, les populations et particulièrement les jeunes filles et les femmes, utilisent le Mectizan pour pratiquer les avortements. Selon ces dernières, le Mectizan serait un puissant médicament pour pratiquer les avortements de façon « *rapide et moins cher* ». Lors d'une discussion avec elles, après leur avoir fait savoir les raisons de notre présence dans la communauté de Fosset, l'une des jeunes filles présente s'est exclamée en ces termes « *ça permet d'avorter ! On en a besoin si tu en as donne nous, c'est très efficace !* ». En approfondissant au cours d'un groupe de discussion à Kouoptamo, les participantes affirment de l'efficacité du Mectizan pour les avortements. Elles le disent en ces termes :

Le Mectizan là hum ! bon disons que les filles utilisent pour avorter et ça donne. Moi j'ai déjà utilisé. Surtout quand c'est encore en tout début, même un mois, deux mois, ça sort sans problème en silence, tu constates seulement. C'est pour ça qu'on ne donne pas aux femmes enceintes. Ça peut faire sortir le bébé, mais les filles utilisent. On vend ça au marché et c'est ça que beaucoup de filles là utilisent. Parfois elle va dire au vendeur que c'est pour tuer les poux mais c'est pour ça. Tout le monde ça tue les poux bien même et ça avorte aussi. (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Les femmes et les jeunes filles attestent ainsi de l'utilisation du Mectizan dans la pratique des avortements. Il faut noter que parmi les instructions données aux Distributeurs Communautaires pour la distribution du médicament, il est demandé de ne pas donner aux femmes enceintes. Par déduction, les femmes et les jeunes filles des communautés de kouoptamo, Fosset et

Massangam l'ont compris et utilisent aussi le Mectizan pour avorter lorsqu'elles ne l'utilisent pas pour éradiquer les poux.

6.7.2.5. Dimensions Plurielles de l'usage du Mectizan

À la suite de ce qui précède, le Mectizan dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, est l'objet de plusieurs utilisations. Qu'elles soient dans le sens du traitement de l'onchocercose ou des soins parallèles, les populations le considèrent comme une panacée pour les multiples maux du corps. Cette efficacité du Mectizan aux soins pluriels est attestée même par les distributeurs communautaires. Il soulage les maux de ventre, débarrasse de certains parasites

Le Mectizan, je vous ai dit que ça soigne beaucoup de maladies. Quand tu prends, ça soigne les poux sur ta tête, ça soigne le ventre, ça soigne les chiques aux pieds, et l'impuissance sexuelle que je disais, ça régénère aussi ça. Parce qu'il y a souvent des chefs de famille qui témoignent souvent qu'ils ont du tonus sexuel quand ils prennent le Mectizan et leurs femmes ont souvent affirmé avoir vu un changement lors des rapports sexuels. Ils viennent eux-mêmes dire cela et pour cela demandent de ne pas s'amuser avec ce médicament. C'est pour ça que les hommes qui ne prenaient pas se sont mis à prendre et lorsque tu passes ils réclament. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Les populations réclament le médicament au passage des DC et à défaut de les obtenir chez ces derniers, elles s'en procurent dans les marchés. Officiellement, la circulation de ce médicament est limitée cependant on peut facilement les retrouver chez les premiers vendeurs de médicament dans les marchés locaux. Cette liberté d'accès au médicament dénote du dysfonctionnement de la stratégie en place pour la lutte contre l'onchocercose.

6.8. Dysfonctionnement sur la stratégie de lutte contre l'onchocercose

Les difficultés dans la mise en œuvre locale des campagnes de couverture thérapeutiques dans le cadre de la lutte pour l'élimination de l'onchocercose font partie des facteurs de dysfonctionnement, et par voie de conséquence de la persistance de la maladie dans les localités de Fosset, Massangam et Kouoptamo. Depuis plusieurs années, les principales sont dues au travail réalisé par les DC. Il y a également les difficultés liées à la culture se rapportant aux usages motivés par la présence du Mectizan sur le marché. Ceci favorise la multiplication des autres formes d'utilisation du médicament dans la communauté.

6.8.1. Difficultés liées aux distributeurs

Comme nous l'avons déjà souligné, le DC est à la base de la stratégie du TIDC. Nous aborderons avec plus de précision la question du DC dans les prochaines parties. Nous faisons cependant une brève évocation à la lumière des informations recueillies sur le terrain, sur une ou deux difficultés liées au DC et qui plombent la lutte pour l'élimination de l'onchocercose.

La première est celle qui se rapporte à l'évaluation du travail des distributeurs sur le terrain. Comme le disent les chefs d'aire de santé, coordonnateurs directs de la distribution au niveau communautaire, il existe un doute sur l'effectivité des informations de distribution inscrite dans les registres des distributeurs. Les indications de la prise du médicament dans le registre ne reflètent pas toujours la réalité que des responsables d'aire de santé évoquent une difficulté de suivi des DC sur le terrain de la distribution. Disent-ils en effet,

Notre véritable difficulté, reste au niveau de l'évaluation propre même de l'activité que le DC a menée parce que nous ne sommes pas toujours d'accord aux données que les DC nous amènent. Nous ne sommes pas toujours sûrs, parce que si on pouvait écrire dans le registre que telle personne a pris le Mectizan et qu'effectivement elle l'a pris, vraiment ça devait nous arranger. C'est ça le véritable problème (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Une autre difficulté se rapportant au DC est celle de leur stabilité dans l'activité. En effet, les activités socioculturelles priment sur l'activité de distribution de l'Ivermectine. Les DC se déplacent régulièrement pour leurs activités économiques ou agricoles. Ceci entraîne une nécessité de recruter de nouveaux DC chaque année or ces nouvelles recrues ne maîtrisent pas toujours le terrain et l'utilisation des registres de distribution pour assurer la continuité.

Les difficultés que nous rencontrons sont liées aux DC. Le DC qui vient se former, au moment où on donne le Mectizan pour aller distribuer, d'aucuns disent que j'ai voyagé, on part chez lui il a voyagé. Ici là les gens se rendent dans certains villages ils font des campagnes de tomate, ils se déplacent pour trois mois, ils se déplacent même pour six mois parce qu'ils vivent des champs. Certains DC partent et reviennent. Ils se sont formés mais le moment venu, ils partent. Donc le problème c'est la permanence des DC dans les communautés, c'est ça qui pose le grand problème ici. C'est rare qu'un DC travaille pour trois ans successivement, chaque année on doit recruter un nouveau DC. Voilà pourquoi les registres nous dérangent. Parce qu'ils ont fait le registre de façon qu'un seul DC doive utiliser pour trois ans. De telle sorte qu'il ne devait plus reprendre les mêmes noms dans la communauté quand il va repasser. Ce DC connaît son circuit. L'année qui vient on a un nouveau DC qui prend le carnet et ne connaît même pas le circuit qu'il a emprunté, et ne connaissant pas même tous les noms qui sont dans le registre, il est obligé de reprendre un autre registre et refaire son circuit, chaque fois c'est comme ça qu'on fait. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

On peut ajouter à cette difficulté d'instabilité, celle de la prise en charge qui est la cause de plusieurs abandons observés chez les distributeurs. Avant d'aborder la prise en charge de

DC et son impact sur la lutte contre l'onchocercose, il y a également la vente illicite des médicaments qui est plus ou moins liée à la gestion des distributeurs communautaires.

6.8.2. Sources d'approvisionnement du Mectizan à Kouoptamo, Massangam et Fosset

Sur les marchés de Kouoptamo de Foubot et Massangam le Mectizan est disponible chez les vendeurs de médicaments de la rue. Les populations signalent également l'existence des vendeurs ambulants chez qui l'on retrouve le précieux médicament. Les populations s'en procurent à tous les prix et à tout moment. Cette disponibilité ouvre la voie à l'utilisation plurielle et aux autres adaptations thérapeutiques pratiquées par ces populations. À la question de savoir si le médicament est disponible dans les pharmacies ou si la vente de ce médicament est légale ou illégale, les responsables des formations sanitaires répondent par la négative.

Non ! Chez moi non ! Non en pharmacie non, depuis que je suis ici là, on ne vend pas ici ! Depuis que je suis ici à Fosset. On nous avait fait comprendre que le Mectizan c'est un produit que si on veut vendre on le vend cher parce que le gouvernement est en train d'aider les gens avec ça. Je ne sais pas pourquoi le Mectizan se trouve en ville. (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

L'Ivermectine ne fait pas partie des médicaments en vente au public. Nous avons également vérifié cette information au niveau de la coordination régionale du programme MTN de la région de l'Ouest pour en savoir sur la vente du médicament. Nous avons eu une affirmation selon laquelle le médicament n'est pas autorisé à la vente et surtout pas au niveau des formations sanitaires. « *Je ne sais pas mais dans les pharmacies d'officines je ne sais pas mais dans les formations sanitaires on ne vend pas le Mectizan. Pour ce qui est en pharmacie d'officine je ne maîtrise pas* ». (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam).

La disponibilité du Mectizan pour la distribution gratuite est subventionnée par l'État et ses partenaires au développement. Par conséquent on peut comprendre avec les propos de ces informateurs que la vente du Mectizan est proscrite et donc illégale. Selon ces responsables, la présence des vendeurs non agréés à la vente des médicaments est la principale cause de la disponibilité sur le marché des produits non autorisés dont le Mectizan.

Ce n'est pas autorisé. Le problème alors c'est ce que vous devez voir au niveau du minsanté parce que même les centres de santé vraiment sont dépassés, tellement des clandestins des ventes de médicaments vendent en désordre au le Cameroun, C'est eux qui vendent le Mectizan là qu'on met dans la tête des enfants parce que on n'a jamais ça ici au centre mais les gens ont ça dans la communauté. Voilà ce qui se passe. Le problème c'est qu'il y a trop de ventes parallèles au Cameroun, on ne sait pas où ils se ravitaillent avec tout ça, et de surcroit leur produits sont même moins cher que pour nous, voilà encore ce qui cloche. (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

La disponibilité des ventes parallèles des médicaments dans les rues et les marchés ouvre la voie à plusieurs formes de transaction dont les origines ne suivent pas toujours les circuits officiels. Comme tous les autres médicaments de la catégorie, le Mectizan se retrouve sur les étals des vendeurs dans les marchés. Nous avons interrogé les circuits d'approvisionnement de ce médicament et de sa mise en disponibilité dans les marchés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Ces éléments relevés font partie des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la lutte contre l'onchocercose dans ces différentes localités.

6.8.3. Vente illégale du Mectizan, circuits d'approvisionnement

Le Mectizan est disponible sur les marchés de Kouoptamo, Fosset et Massangam et les circuits d'approvisionnement utilisés par les vendeurs sont connus. Au vu des données collectées sur le terrain dans le cadre de cette étude, il ressort deux principaux circuits à travers lesquels les vendeurs entrent en possession de la manne : l'approvisionnement par les DC et celui des produits de la rue.

Les DC sont les fournisseurs des vendeurs de la rue et cela semble avoir augmenté depuis le désengagement de l'État sur leur motivation. Dans le système de mise à disposition des médicaments au distributeur au début et à la fin de la distribution, toutes les actions sont prises pour contrôler les sorties et les retours des médicaments. Cependant avec ce qui est aujourd'hui appelé auto-monitorage, des stratégies de motivation de ces distributeurs basées sur la l'implication de la communauté ont été mises en place. Cette approche appelle l'implication des membres de la communauté à la participation de la motivation des distributeurs mais elle n'est pas effective dans les communautés en étude, d'où la démission des DC dans la distribution communautaire. Certains imaginent et développent néanmoins des stratégies pour s'autogérer et parmi ces stratégies, la distraction des médicaments. Ainsi distraits, ils sont vendus ou se retrouvent dans le marché local. Un ancien DC de la communauté de Massangam essaye d'expliquer cette situation :

Oui justement, le circuit d'approvisionnement je pense que franchement ça doit être, c'est-à-dire ça revient à ce que je viens de vous dire là, les DC, les distributeurs communautaires déchargent à la fin des comprimés auprès des chefs des formations sanitaires, c'est en ce moment qu'ils ne retournent pas. Et même certains qui sont un peu je dirais malin, ce qu'ils retournent ne concordent pas nécessairement avec ce qu'ils devraient normalement retourner. Est-ce que vous comprenez un peu ça ? Ils faussent les chiffres. Et le malheur dans tout ça c'est quoi ? Le véritable problème dans tout ça c'est quoi ? C'est que quand nous sortons même pour une évaluation, puisque les évaluations se font ménage par ménage, quand nous entrons dans un ménage, la personne qui n'a pas pris c'est difficile de le savoir. Puisque quand le DC a enregistré la personne en question, et qu'elle n'a pas pris, si le DC a mis qu'il a pris tu vas même poser la question

à la personne que, est-ce que tu as pris le Mectizan ? Il va dire oui ! Pourtant si le DC avait laissé sa place vide, pour dire qu'il n'a pas pris, là alors tu devais passer derrière ces résultats là pour dire que mais tu dis que tu as pris alors que dans le registre voici là où on avait enregistré ton nom. Certaines populations refusent toujours de prendre mais sinon la majorité prend le Mectizan. Ce qui fait que nous tournons toujours autour de 70-80% de traitement. On n'a jamais traité la population à 100%. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam)

Les DC déchargent les médicaments sans retourner les restes après la distribution. Les plus rusés retournent juste une partie et en gardant le reste. Cette attitude fausse les chiffres en voulant faire écrire qu'ils ont donné le Mectizan alors qu'il n'en est rien. C'est à partir de ces comprimés dissimulés qu'ils ravitaillent les vendeurs ambulants dans les marchés locaux. Ceux-ci attestent d'ailleurs que ce Mectizan livré par les DC est de meilleure qualité comme le précise celui du marché de Foubot.

Comme je disais, il y a les DC qui nous apportent souvent. Mais c'est risqué parce que c'est pour le gouvernement, c'est l'original mais c'est en petite quantité parfois c'est une boîte seulement. Les gens demandent beaucoup et on vend. On trouve ça dans les circuits où nous trouvons tous les autres médicaments que nous vendons. (Entretien réalisé le 10/06/20 à Foubot).

Le Mectizan livré par les distributeurs sont de meilleures qualités, mais de faible quantité puisque détourné des stocks reçus pour la distribution gratuite aux populations lors des campagnes de masse. Pour répondre à la demande de la population, les vendeurs s'approvisionnent également ailleurs. Au niveau de la communauté, les populations déclarent que le médicament est disponible dans les stocks des produits de fabrication nigériane. Comme ils le déclarent :

Les anglophones vendent mais ce n'est pas ce qu'on distribue. Je ne sais pas comment expliquer, tu sais qu'il y a des médicaments qu'on ne trouve pas à la pharmacie ; il y a des médicaments qu'on vend à côté mais qu'on ne trouve pas à la pharmacie, tu demandes ça à la pharmacie on te dit qu'il n'y a pas ; mais quand tu arrives à côté (vendeurs de la rue/vendeurs libres) tu trouves, mais je ne sais pas comment expliquer ça, je ne sais pas qui fabrique ces médicaments. Il y a des moments qu'on t'explique un médicament et lorsque tu arrives à la pharmacie on te dit que ce médicament n'existe même pas mais tu trouves ça sur le marché chez les vendeurs libres. (FGD réalisé le 17/04/20 à Fosset).

Le Mectizan de fabrication nigériane ou produit des anglophones, comme ça se dit dans la langue culturelle parlée dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, est disponible et les populations s'en procurent également chez les vendeurs ambulants qui sillonnent parfois les villages.

6.9. Effets secondaires liés à la consommation du Mectizan

L'apparition des effets secondaires après la prise du Mectizan est une réalité dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Même si elle reste moins récurrente aujourd'hui, les expériences passées des membres de la communauté continuent d'entretenir la peur chez plusieurs personnes qui refusent de prendre le médicament. Celles qui ont été victimes découragent les parents et les proches sur la prise de du Mectizan. Un DC s'exprime à ce sujet pour décourager les autres à s'engager : *« j'ai pris, j'ai eu des problèmes, je suis allé à l'hôpital on m'a chassé. Ne tentez même pas de prendre parce que si tu prends l'affaire là et que tu as des problèmes de santé après ça devient ton affaire à toi »* (entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam). Il y a celles qui reçoivent au passage du DC sans toutefois consommer par la suite. Les déclarations de ce membre de la communauté de Fosset confirment cette réticence :

Ils ne veulent pas prendre ! Donc lorsqu'on distribue souvent, on distribue et ils reçoivent mais ils n'avalent pas ! Ils reçoivent mais ils n'avalent pas parce que lorsqu'ils prennent, ça part provoquer d'autres manifestations d'autres maladies qui seraient cachées dans son corps. Pourtant on conseille que si tu prends et que ça donne des choses comme des réactions, tu viens à l'hôpital et on traite ce que ça a provoqué. Il n'y a qu'eux seul qui savent ce qu'ils font avec ! Moi je prends avec ma famille ! Il y a les gens qui disent que lorsque tu prends ça part déclencher une autre maladie, et parfois ça fait gonfler le corps, ou bien tu te sens mal à l'aise sans explication. » (Entretien réalisé le 16/04/20 à Fosset).

Par peur, certaines populations refusent d'adhérer à la campagne de prise des comprimés au passage des distributeurs communautaires. Pourtant des instructions par rapport à la prise en charge gratuite de ces effets secondaires sont connues mais les populations semblent ne pas croire à leur application lorsque les effets secondaires surviennent. La gestion de ces effets est une étape importante dans le processus de lutte contre l'onchocercose dans les communautés concernées. Elle figure au rang des facteurs de démotivation des populations à l'adhésion aux campagnes et à l'acceptation de la consommation effective du Mectizan gracieusement distribué. Selon le principe, les effets secondaires sont pris en charge par le programme lorsqu'ils surviennent après la prise du médicament. Leur prise en charge gratuite n'est valable que dans un délai défini pendant la campagne de distribution. Selon les informateurs, les délais de prise en charge gratuite des effets secondaires varient entre 3 jours et une semaine après la prise. Passé ce délai, toute manifestation n'est plus prise en compte gratuitement par le programme,

L'observation c'est sept jours après le jour de la distribution du traitement. C'est pour ça que quand vous prenez la fiche du DC, il y a le jour où la personne a pris le médicament, parce que pour la prise en charge des effets secondaires, on est très regardant là-dessus. On regarde le jour où vous avez pris le traitement. Si le délai passe

ce n'est plus un effet secondaire lié au Mectizan. Si vous prenez le Mectizan et deux semaines après vous avez des problèmes ce n'est plus pris en compte. (Entretien réalisé le 07/06/20 à Bafoussam). Telles sont les déclarations d'un agent de formation sanitaire

Ces propos statuent sur le cadre réglementaire de la prise en charge d'effets secondaires. Cette information est également relayée au niveau des districts et aires de santé aux Distributeurs Communautaires qui ont la charge d'informer les populations sur la gestion des effets secondaires lorsqu'ils surviennent. Aussi le souligne ce responsable de formation sanitaire à Massangam :

Et puis même, dans la prise en charge des effets secondaires, nous disons toujours aux DC qu'après la prise des comprimés de Mectizan, nous avons au moins trois jours à quatre jours pour observer le patient. Donc celui qui a pris le Mectizan, s'il y a des effets secondaires il faut l'orienter n'est-ce pas à l'hôpital et on va le prendre en charge gratuitement.] (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Ces instructions sur la prise du Mectizan et l'observation des effets secondaires et leur prise en charge sont effectives lorsque les manifestations sont observées dans l'intervalle de temps prévu. Cependant dans les localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam, les populations en majorité ne prennent pas le Mectizan au moment de la distribution. Nous en parlions plus haut de la prise différée du Mectizan et des difficultés liées à la prise contrôlée de ce médicament. En effet, les populations, du fait de certaines contraintes culturelles (pratique de la religion, activités socioculturelles etc.) sont parfois obligées de différer leur prise du médicament après les avoir reçus. Ceux qui prennent longtemps après la période indiquée, ils ne sont plus dans les délais pour bénéficier de la prise en charge gratuite des effets secondaires lorsqu'ils surviennent. Ces différentes raisons sont expliquées par ce responsable de formation sanitaire. Pour lui, certaines populations prennent le médicament chez le DC et le consomment en temps voulu. Lorsque les effets secondaires se manifestent, les délais de prise en compte sont dépassés. Ces propos sont les suivants,

Certains sont même très souvent malins, ils préfèrent même plutôt prendre, garder même quand nous demandons aux DC que le Mectizan doit être pris devant eux, certains cherchent plutôt à prendre des comprimés de Mectizan et garder pour prendre à leur moment voulu. Voilà encore un autre problème, quand cette personne a pris le Mectizan, et a gardé, alors que la période de la campagne est déjà passée, après maintenant il prend le comprimé, il avale, si à ce moment-là il revient à l'hôpital dire que c'est parce que j'ai pris les comprimés de Mectizan on ne peut plus prendre en charge et lui aussi il ne peut pas venir dire à l'hôpital que ce sont des comprimés que j'ai pris après parce que lui il reconnaît qu'on n'a pas demandé de prendre les comprimés de Mectizan et de garder pour prendre ça bien après. Et maintenant quand il ne vient pas il va alors passer tout son temps à dire dans la communauté que vous voyez comme ça là je suis tombé malade parce que j'ai pris le Mectizan et c'est en train de me menacer et nous sommes à l'hôpital nous n'en connaissons rien. (Entretien réalisé le 04/04/20 à Massangam).

Les effets secondaires ne sont pas pris en charge et les raisons sont ainsi évoquées par les responsables de formation sanitaire. Ce sont ceux-là même à cause du retard accusé pour la consommation du médicament, diffusent une large information selon laquelle les effets secondaires ne sont pas pris en charge à l'hôpital. C'est ce qui justifie les perceptions selon lesquelles les effets secondaires ne sont pas pris en charge comme le stipule ces membres de la communauté à Kouoptamo et de Fosset à Foumbot.

Non pour l'autre là ils ne s'occupent pas de ça. Quand ils donnent le comprimé de Mectizan si tu tombes malade tu repars à l'hôpital, tu arrives là-bas on ne prend pas soin de toi, c'est ton argent qui va jouer (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo)

En précision, ce dernier informateur souligne que la victime se prend en charge à ses frais lorsqu'elle se présente dans une formation sanitaire avec un cas d'effet secondaire dû à la prise du Mectizan. Ce qui explique le refus de certains et un autre informateur aborde dans le même sens :

Tout le monde n'accepte pas prendre le Mectizan. Il y a d'autres gens qui refusent de prendre ça parce que lorsqu'ils prennent ça menace leur santé et ils trouvent que lorsqu'ils vont prendre, ils vont devoir aller à l'hôpital pour soigner la maladie qui survient après la prise du Mectizan. Et lorsqu'ils arrivent à l'hôpital leur prise en charge n'est pas gratuite, les médicaments leur sont vendus. On dit par exemple que lorsque tu prends, par exemple maintenant nous sommes en temps mort, je peux prendre et lorsqu'un cas arrive et qu'il faut que j'aille à l'hôpital et que je n'ai pas les moyens de me soigner. Donc il n'y a pas davantage dedans. (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

La peur des effets secondaires, doublée de cette désinformation font partie des difficultés qui contribuent à influencer l'adhésion des autres populations. Cela a ainsi pour conséquence la persistance, voire la persistance de l'onchocercose dans les communautés.

6.9.1. Prise en charge des effets secondaires du Mectizan

Les effets secondaires du Mectizan sont connus dans la communauté Bamoun de Fosset, Kouoptamo et Massangam. Qu'ils soient vécus par les individus eux-mêmes ou par des proches connaissances, les exemples des effets secondaires sont connus et partagés dans la communauté. Le vécu et les témoignages des uns et des autres entraînent une crainte aussi bien chez les victimes que chez les non victimes. Les populations ont désormais peur des effets secondaires et leur prise en charge. Voilà pourquoi ils refusent la consommation du médicament pendant les périodes de distribution. Ainsi tout le monde n'accepte pas prendre le médicament par peur des effets secondaires mais surtout de la prise en charge lié aux effets secondaire. En effet comme l'explique cet informateur, lorsque les effets surviennent, le suivi du malade nécessite des moyens de prise en charge au frais du malade.

Tout le monde n'accepte pas prendre le Mectizan. Il y a d'autres gens qui refusent de prendre ça parce que lorsqu'ils prennent ça menace leur santé et ils trouvent que lorsqu'ils vont prendre, ils vont devoir aller à l'hôpital pour soigner la maladie qui survient après qu'on a pris le Mectizan. Et lorsqu'ils arrivent à l'hôpital leur prise en charge n'est pas gratuite, les médicaments leur sont vendus. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

A bien voir les choses et tout compte fait, le problème des effets secondaires et leurs rapports au désistement des populations à la consommation de l'Ivermectine n'est en fait pas ce qui est au centre du refus de l'adhésion des populations, la difficulté réside plutôt au niveau de leur prise en charge lorsque les bénéficiaires en sont victimes. Or Ces derniers sont appelés eux-mêmes à se prendre financièrement la charge et des dépenses qu'induisent la prise en charge des effets secondaires lorsqu'ils en sont victimes.

6.9.2. Information reçue sur le vécu des effets secondaires du médicament par des tiers

L'information reçue sur le vécu des effets secondaires des proches, des parents ou d'autres connaissances est le fondement du refus du Mectizan de plusieurs personnes dans les communautés. En effet, plusieurs témoignages expliquent le fait dans chaque communauté il y a toujours une connaissance dont la mauvaise expérience de la prise du Mectizan a retenu l'attention de ses pairs. Certains individus se basent sur l'expérience des autres pour refuser la consommation du Mectizan distribué pendant les campagnes de distribution de masse. Un des participants à l'entretien de groupe réalisé à Massangam explique cet état de chose. Ils le disent en effet,

Les gens qui refusent de prendre c'est parce que lorsqu'on voit ceux qui ont pris ils ont des problèmes. Par exemple il y a quelqu'un qui a pris et ses yeux ont gonflé pendant trois jours, avant de finir il est allé à l'hôpital. En ce moment quand ça lui a fait ça il ne prendra plus jamais le médicament. (FGD réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Selon cet informateur, la prise du Mectizan aurait causée des gonflements des yeux de la victime et seule une intervention à l'hôpital aurait permis de trouver une solution. Cette expérience serait donc la cause du refus par cet individu de se soumettre à la consommation de l'Ivermectine distribué. Pour ces populations à coup sûr, le Mectizan au lieu d'être une source de guérison, est plutôt perçue comme la cause de certains maux du corps humain.

Conclusion

Il était question de présenter et d'analyser les facteurs de la persistance de l'onchocercose et d'identifier les éléments qui rendent compte de la résistance de la maladie au sein des communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Cela a été présenté à travers les principales articulations à savoir : la Gestion des données et persistance de la maladie, le déplacement des

populations et persistance de la maladie, les conflits entre les DC et la communauté, les représentations culturelles et la persistance de la maladie, le refus du médicament, le Mectizan et sa distribution, les usages locaux du Mectizan, les facteurs de dysfonctionnement de la lutte contre l'onchocercose et les effets secondaires et leurs gestions. Au bout des analyses, nous sommes parvenu aux résultats selon lesquels les facteurs de persistance de la cécité des rivières résident dans la qualité des données utilisées pour renseigner les priorités en matière de lutte, l'instabilité des populations due aux activités économiques, les effets secondaires et leurs gestions ayant pour conséquence le refus de participer au TDM, la vente des médicaments dont la principale conséquence est le mésusage de l'Ivermectine, la mauvaise gestion des activités consacrées à la lutte contre l'onchocercose.

CHAPITRE 7

**PERSPECTIVES D'INTERPRETATIONS DES PRATIQUES
CULTURELLES LIÉES À LA PERSISTANCE DE L'ONCHOCERCOSE
CHEZ LES BAMOUN DE KOUOPTAMO, MASSANGAM ET FOSSET**

Introduction

Les précédents chapitres étaient consacrés à la présentation des données, voire la description et à l'analyse de la persistance de l'onchocercose dans les communautés Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam. La perception socioculturelle de cette maladie et les activités connexes ont permis de mettre en évidence plusieurs facteurs qui rendent compte de la persistance de l'onchocercose dans cette communauté. Elles ont globalement permis de toucher la réalité de cette pathologie chez les Bamoun des localités en étude. Cet autre chapitre apparaît comme le lieu où il sera particulièrement question de saisir cette réalité au moyen du cadre théorique conçu à cet effet. Il sera alors question d'évaluer les données et de leur donner un sens afin qu'elles épousent les jalons de la science anthropologique dans sa spécialité anthropologie médicale dans le sens de la saisie théorique et pratique.

7.1. Déterminants de la persistance de l'onchocercose

La maladie pris comme élément de la culture, a plusieurs déterminants qui rendent compte de son apparition et son impact sur le bien-être global des populations. Ces déterminants sont d'ordres individuels, économiques, environnementaux et culturels. À partir de la description de la réalité de l'onchocercose dans les communautés bamoun concernées, on relève que plusieurs facteurs rendent compte de la persistance de cette maladie. Ces déterminants se résument en deux catégories, culturel et organisationnel. Ils sont culturels dans ce sens que certaines pratiques culturelles locales contribuent d'une façon ou d'une autre à perpétuer la maladie dans la communauté. Ces pratiques que prédispose l'environnement ont une influence avérée sur l'économie, les comportements individuels et le mode de vie global des communautés. Sur le plan organisationnel, la gestion des activités de santé communautaire et l'implication de certains acteurs figurent au rang des facteurs de la persistance de la maladie que nous prenons le soin de présenter dans ce chapitre.

7.1.1. Déterminants culturels de la persistance de l'onchocercose

L'analyse des déterminants culturels de la persistance de l'onchocercose fait intervenir les orientations théoriques de l'approche culturelle interprétative qui soutiennent que la maladie en tant que phénomène culturel ne trouve sens et signification qu'à l'intérieure d'un groupe culturel. À l'image de Benoist, J. (1981), la maladie prise comme objet d'étude de l'Anthropologie est considérée comme un phénomène bio-culturel. Autrement dit, la maladie se situe à l'interphase du biologique et du culturel. Elle est biologique, c'est-à-dire intérieur au corps mais suscite des explications, des perceptions et des interprétations propres à un groupe

culturel. La maladie possède ainsi une dimension culturelle essentielle à son interprétation. En ce sens, les pratiques culturelles locales expliquent la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Fosset, Massangam et Kouoptamo. Selon la définition de Tylors, E.B. (1871), la culture dans son sens le plus large, est un tout complexe qui englobe les connaissances, les croyances, l'art, la morale, les lois, les coutumes, l'habitude et toute autre disposition acquises par l'homme en tant que membre d'un groupe. Vu dans ce sens, la religion, l'économie, les activités sociales quotidiennes font partie de la culture. Ces éléments culturels déterminent la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun des localités impliquées dans cette recherche. En effet, dans ces communautés, le mode de vie global est la cause de la persistance de l'onchocercose. Ceci peut se lire à travers les pratiques religieuses, les activités socioéconomiques comme l'agriculture, la pêche et l'élevage. Avant de développer ces éléments de la culture locale que l'on peut classer au rang des facteurs culturels de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun, il faut souligner d'emblée que la maladie fait partie de la culture, elle est construite et définie par la culture. La maladie est également causée et interprétée à l'intérieur d'une culture qui lui trouve sens et signification. Les activités quotidiennes donnent sens et rendent compte de l'émergence des maladies. Dans le cas présent, les éléments de la culture locale, comme l'agriculture, la pêche et l'élevage comme nous l'avons déjà signalé, sont déterminants pour l'onchocercose et sa persistance dans les communautés.

Les tenants de l'approche culturelle interprétative permettent par leurs analyses de saisir l'onchocercose à l'intérieur du groupe culturel bamoun. Adam, P. ; Herzlich, C. (2007) par exemple, relèvent que la maladie est un modèle explicatif dans une approche culturelle interprétative. Autrement dit, la maladie trouve sens et signification dans un milieu social donné. La maladie, pour ces auteurs, apparaît comme un fait culturel qui trouve signification dans le groupe où elle se développe. Parlant de l'interprétation culturelle et sociale de la maladie, les auteurs partent du fait que tout événement significatif de la vie humaine nécessite une explication et *«la maladie n'échappe pas à cette exigence »*. Son interprétation prend en compte le milieu socioculturel dans lequel elle existe et se développe. La culture doit être à même de rendre compte et d'expliquer le mal en fonction des symptômes culturellement identifiés et signifiés. Ils soulignent donc à cet effet que : *« L'appartenance à une culture fournit à l'individu le cadre dans lequel s'opère ces interprétations touchant les phénomènes du corps et, en particulier, la maladie et ses symptômes »* (Adam, P. ; Herzlich, C. 2007 : 58).

Relevant les idées de Byron Good et Marie-Jo Delvecchio-Good (1980) sur la question des modèles explicatifs de la maladie, ces auteurs soutiennent que la maladie, quelle qu'elle

soit est un phénomène signifiant donnant lieu à des interprétations tant par le malade et son groupe culturel que le soignant. Ils le disent en effet,

Toute maladie est un phénomène signifiant et l'activité médicale est toujours interprétative. Le médecin interprète les symptômes ressentis par son patient et les retraduit dans les catégories du savoir médical fondées sur des notions biologiques. Le malade, de son côté, possède son propre point de vue concernant son état et s'est forgé, à son propos, un "modèle explicatif" ; celui-ci peut être en partie individuel mais il est aussi enraciné dans la culture. (Adam, P. ; Herzlich, C. 2007: 61).

On peut donc comprendre le caractère culturel de l'onchocercose en ce sens que les populations des communautés en étude, par leur mode de vie se définissent la maladie et lui donnent une origine et une signification. Dans les éléments de la culture et leur pratique, on trouve donc les raisons de la persistance de l'onchocercose dans les communautés bamoun a Kouoptamo, Fosset et a Massangam.

7.1.1.1. Religion et persistance de l'onchocercose

Les religions ont toujours constitué un frein à l'adhésion aux pratiques de santé. Aujourd'hui il n'est pas ignoré que la religion et ses adeptes ont cette considération selon laquelle la maladie ou les épidémies sont les manifestations de la colère divine sur les sujets de Dieu. Dans un rappel historique, Kouekam, M.E. (2013) souligne la déclaration du Pape Léon XIII selon laquelle, accepter le vaccin contre la variole serait renoncer à être enfant de Dieu et un défi contre le ciel. Dans les communautés bamoun impliquées dans ce travail, la religion, prise ici comme élément de la culture participe à la persistance de l'onchocercose. En effet, dans sa pratique, elle influence la maladie et rend compte de sa persistance. Dans les communautés bamoun fortement musulmanes, certains moments de distribution communautaire des médicaments destinés à l'élimination de la maladie coïncident avec les moments de pratique religieuse. Il s'agit parfois du mois de ramadan, mais beaucoup plus des jours spécifiques dans la semaine du musulman. En réalité, la communauté musulmane de ces localités observe généralement le jeun le lundi et le jeudi. De ce fait, toute activité de distribution entre ces deux jours de la semaine n'est pas favorable. Les bénéficiaires reçoivent bien le médicament au passage du distributeur mais ne le consomment pas du fait de cette contrainte religieuse. C'est d'ailleurs ce qui ressort des discussions avec les membres de la communauté :

Oui les gens le font ! Par exemple lorsqu'on distribue pendant la période de jeun du ramadan, tu peux être en train de jeuner, est-ce tu dois rompre le jeun parce que tu dois prendre le remède ? Soit comme par exemple nous sommes jeudi, et c'est un jour où j'ai l'habitude de jeûner, et je vais prendre quand je vais rompre le jeun. (FGD réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

La pratique religieuse apparaît donc comme contrainte et contribue de ce fait à la persistance de la maladie. Cette réalité religieuse peut être spécifique aux campagnes de chimiothérapie préventive contre l'onchocercose dans le contexte bamoun rame à contre-courant de ce que Kouekam, M.E. (2013), relevait vis-à-vis de la contribution de la religion lorsqu'elle a analysé l'adhésion des populations aux campagnes de masse sous des angles symboliques. L'auteur a trouvé en la religion dans son contexte d'étude un facteur de mobilisation et de cohésion sociale pour affronter la maladie. Ce qui n'est pas forcément le cas dans le contexte de la lutte contre l'onchocercose chez les bamoun de Kouoptamo Fosset et Massangam. Il semble être de concomitance avec les activités socioéconomiques comme l'agriculture et la pêche.

7.1.1.2. Agriculture et pêche comme facteur de la persistance de la maladie

L'activité agricole et de pêche font partie des pratiques socioéconomiques quotidiennes des populations locales. D'une part, dans ces communautés, il existe des saisons agricoles, saisons pendant lesquelles, les communautés se déplacent vers les zones où ils entretiennent leurs plantations. Ces zones n'étant pas toujours à la portée de la couverture des activités communautaires, les populations ne sont pas atteintes pendant les campagnes de distribution du Mectizan. En plus de ces contraintes, certaines activités agricoles se pratiquent dans des lieux où la contamination par piqûre du vecteur est fort élevée, d'où la persistance de la maladie à travers cette pratique culturelle. Bien plus, les connaissances de la maladie par les populations influencent également sa persistance.

7.1.1.3. Pratique de l'élevage comme facteur de persistance de la maladie

Dans les communautés bamoun, explorées, la pratique de l'élevage entre dans les activités socioéconomiques. Ainsi plusieurs produits d'élevage sont produits et participent à la survie des populations. La pratique de l'élevage apparaît comme facteur culturel déterminant de la persistance de l'onchocercose dans ce sens que dans la pratique, certains médicaments détournés sont utilisés par les éleveurs. Ceux-ci soutiennent que le Mectizan contribue au bien-être des animaux qu'ils élèvent. En effet, pendant les activités de santé communautaire de distribution du Mectizan dans le cadre de la lutte contre la maladie, les populations d'éleveurs utilisent le médicament distribué, non pas pour se prévenir de l'onchocercose, mais pour soigner les animaux. Pour ces éleveurs, le Mectizan soulage les animaux de plusieurs problèmes de santé. La tendance est donc d'utiliser ce médicament pour les animaux. Cette pratique qui désormais fait corps avec la culture locale dans le domaine de l'élevage est déterminante pour

la persistance de l'onchocercose dans les communautés bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam.

7.2. Connaissance et persistance de l'onchocercose dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam

La connaissance sur la maladie et les activités de prévention organisées font également partie des facteurs qui rendent compte de la persistance de l'onchocercose dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Le facteur connaissance peut s'interpréter à trois niveaux : niveau des populations, niveau des distributeurs communautaires et celui des acteurs de la mise en œuvre.

Chez les acteurs de la mise en œuvre, notamment certains responsables de formations sanitaires et personnels de santé, le niveau de connaissance est faible ou insuffisant. Ce qui ne permet pas toujours à ces derniers d'assumer leur rôle de promotion de la santé au sein des populations à travers, non seulement des soins mais également des conseils et informations sur les maladies et les moyens de les éviter. Si déjà à leur niveau, les connaissances sont insuffisantes, il va de soi que la maladie continuera et persistera dans les communautés. Déjà, connaître le mal permet de mettre sur pied ou d'appliquer efficacement les recommandations sur sa prévention et aussi renseigner clairement les populations afin de leur permettre de mieux prévenir la maladie. Globalement, ce niveau de connaissance, qu'il soit volontaire ou non, dénote du faible engagement des membres de la communauté dans les activités de santé communautaires relatives à la prévention et à l'élimination de l'onchocercose à Kouoptamo, Fosset et Massangam. Certains informateurs n'ont d'ailleurs pas hésité à décliner leur désintérêt sur la cause de l'onchocercose. « *C'est pour cela que je vous ai dit que je ne suis pas intéressée pour ça. Je ne connais pas vraiment* » (Entretien réalisé le 17/04/20 à Fosset).

En ce qui concerne les distributeurs communautaires, comme nous l'avons souligné dans les chapitres précédents, dans le cadre du TIDC, ils sont des éléments clés de la lutte contre l'onchocercose à travers des stratégies à base communautaire comme le dit le TIDC. Ceux-ci ont donc la charge de former, d'informer et de sensibiliser les populations sur la maladie, le traitement et l'importance de la prise de Mectizan qu'ils leur apportent. Pour ce faire, ils doivent avoir des connaissances claires sur la maladie, sur le médicament et sur la campagne de chimiothérapie dont ils sont les principaux acteurs. Cependant, l'analyse des connaissances de ces distributeurs ont permis de se rendre compte de leur faible niveau de connaissance sur la maladie et sur le traitement qu'ils administrent aux populations pendant les périodes de campagne. Tout ceci constitue un obstacle pour mener à bien leur rôle d'information et de

sensibilisation des populations. Cela contribue conséquemment à la persistance de la maladie vue que ces derniers se contentent de distribuer le médicament sans toutefois être capable d'informer clairement les bénéficiaires sur l'importance et la nécessité de la prise et de l'utilisation efficace du médicament. Le désintérêt de certains personnels de santé, le faible niveau de connaissance des distributeurs communautaires, de même l'implication plus ou moins totale des populations bénéficiaires des campagnes de distribution et principalement les victimes de la maladie sont autant d'obstacles qui contribuent à la persistance de l'onchocercose.

Au niveau de la communauté, les populations, comme nous venons de le dire, n'ont pas accès à l'information sinon à la bonne information sur ce qu'est l'onchocercose, son étiologie et la raison véritable de la distribution du Mectizan, le principal moyen de prévention et d'élimination de cette maladie. Cependant, la dénomination locale de la maladie exprime en filigrane les perceptions et les idées locales face à ce mal et aux traitements administrés lors des campagnes de distribution de masse de l'Ivermectine pour la prévention et l'élimination de la maladie. Les formules d'adresse utilisées localement pour désigner l'onchocercose rendent compte du sens et de la signification de la maladie dans les communautés de Kouoptamo, Fosset ou Massangam.

7.2.1. Sens et signification des différentes dénominations attribuées à l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam

Au niveau de la classification des maladies selon leur dénomination, Fassin, D., (1990.), soutient que chaque culture a une façon particulière de classer et de signifier les maladies et *« ce qui est important de considérer, c'est que la diversité des termes, le choix de critères spécifiques pour reconnaître chaque affection, le recours à des pratiques multiples de dénomination rendent tout simplement strict d'équivalence linguistique. »* Fassin, D. (1990 :11-12). Dans cette logique, l'analyse des données collectées a permis d'identifier plusieurs dénominations attribuées à l'onchocercose dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Chacune de ces dénominations laisse à comprendre le sens et la signification que le groupe culturel en étude donne à l'onchocercose. Avant de revenir sur les différentes dénominations pour en extraire le sens et la signification, il faut rappeler que le sens perçu et la signification donnée à un élément culturel prennent souvent corps dans un milieu écologique et culturel qui détient sa signification tout en lui donnant un sens. Il rend par ailleurs compte de la place de cette maladie dans son contexte d'évolution. C'est ce que les tenants de l'approche

culturelle interprétative et aussi ceux de l'ethnométhodologie désignent par l'indexicalité, paradigme de sens et paradigme empirique. Les différentes appellations et significations attribuées à l'onchocercose rendent simplement compte de l'existence connue de la maladie dans les communautés de Fosset, Kouoptamo et Massangam par le groupe culturel qui y vit.

7.2.1.1. Filaires

Dans les différentes manifestations de l'onchocercose, les éruptions cutanées localement appelées filaires sont l'un des symptômes les plus connues de la maladie en dehors de la phase aiguë qu'est la cécité ou la perte progressive des capacités visuelles par les victimes. Cette dénomination dont le sens est tiré de la manifestation cutanée due au contact de la peau à l'eau froide pendant les bains corporels, est la plus utilisée pour désigner l'onchocercose dans les communautés culturelles de Kouoptamo, Fosset et Massangam, voire la communauté bamoun tout entière. Il peut sembler se rapporter à la filariose lymphatique lorsque le vocable « Filaire » semble dérivé de filariose, mais les explications communautaires tranchent et le rapproche plus à cette manifestation causée par l'eau froide pendant le bain corporel que les membres de la communauté interrogés expliquent souvent comme une manifestation allergique liée au contact du corps humain avec l'eau froide pendant le bain. Comme déclare un des membres de la communauté :

On appelait ça Filaire ou on appelait ça comme ça parce que quand quelqu'un se lave avec de l'eau froide il y aura une partie de son corps un peu, donc de petits gonflements immédiatement et qui vont disparaître dans 24h ou je ne sais pas. On appelle ça Filaire. (Entretien réalisé le 20/04/20 à Kouoptamo).

Cette désignation trouve son sens au vu de ces explications apportées aux manifestations de la maladie. Cette désignation relevant de la francisation de la langue locale ou encore cette Bamounisation de la langue française n'est pas loin de cette autre appellation qui est « You-you ».

7.2.1.2. //You-you// gratter-gratter

Le groupe de mot *You-you*, littéralement gratter-gratter, désigne une autre manifestation de la maladie qui se matérialise par des irritations de la peau. Elle contraint le malade à se gratter la peau de façon constante. Cette désignation en langue locale est donc attribuée à la maladie pour rendre compte de cet état de manifestation pathologique permanente chez les malades. Elle trouve sens et explication dans la langue locale et se comprend au sein du groupe culturel bamoun dans les localités de Kouoptamo, Massangam et Fosset dans l'arrondissement de Foubot.

7.2.1.3. //Yah Feu-mi// « Maladie de l'aveuglement » ou cécité

Littéralement, la maladie de l'aveuglement désignée culturellement par *Yah feu-mi*, est une autre désignation qui se rapporte aux manifestations mais beaucoup plus à la conséquence la plus aiguë de la maladie : la cécité. Dans ce contexte, on comprend la présence connue de la maladie et la connaissance de ses manifestations les plus extrêmes. Ces différentes désignations adoptées dans les localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam, sont l'expression de la connaissance au sens localement signifié de l'onchocercose.

L'interprétation des dénominations données à la maladie fait appel à deux principes conjugués de l'ethnométhodologie et de l'approche culturelle interprétative. En effet les mots et les termes utilisés pour dénommer l'onchocercose ont leur sens dans le contexte culturel bamoun notamment des localités étudiées. Le principe d'indexicalité dû à l'ethnométhodologie de Garfinkel rend compte de cette réalité lorsqu'il stipule que les productions socioculturelles n'ont de sens que dans leur contexte et leur situation de production. Au sens de Garfinkel, dans le langage ordinaire, le sens des énoncés et par élargissement, le sens de certaines formules du langage est relatif et se rapporte au contexte dans lequel il est utilisé. De ce fait, on dira que les différentes dénominations ont tous leurs sens dans les communautés bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam lesquelles ont une signification particulière et partagée par la communauté culturelle locale.

Par ailleurs, au sens de l'approche culturelle interprétative de Kleinman A. et Byron Good, l'onchocercose comme maladie au sens des termes indexicaux utilisés, trouve une signification dans le milieu culturel étudié à partir des explications subjectives de la maladie par les membres de la communauté. Autrement dit, la signification se donne en termes de perception individuelle mais aussi groupale ou de l'ensemble culturel sur son étiologie, ses manifestations et les thérapies culturelles appliquées. Le paradigme des sens doublé du paradigme empirique rendent compte de cette réalité. Au sens empirique, le vocable onchocercose en tant que maladie culturelle, émane du vécu individuel des membres de la communauté qui de par leur vécu et leur expérience de la maladie arrivent à la signifier. Cette signification peut donc apparaître au niveau de la dénomination attribuée à la maladie. C'est l'exemple du terme *You-you* //gratter-gratter// qui exprime l'expérience et le vécu des victimes qui attribuent un nom à partir des manifestations vécues de la maladie. La somme des expériences individuelles des membres donne au groupe culturel bamoun à kouoptamo, Fosset et à Massangam, de signifier l'onchocercose au sens de ses manifestations vécues par les membres.

7.3. Perception de l'étiologie de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et à Massangam

Lorsque l'on parle de l'étiologie de la maladie, on fait référence à l'ensemble des causes et les origines que l'on peut attribuer à une maladie. Dans le cadre de l'approche anthropologique que sous-tend cette étude, l'étiologie ici est culturelle. Elle rappelle les causes explicatives de l'onchocercose chez ce groupe culturel bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam. À l'analyse des principes étiologiques de l'onchocercose, plusieurs causes ont été évoquées et certaines ont retenus notre attention. Nous les regroupons sous les modèles exogènes d'interprétation des causes de la maladie à la lumière des thèses de Laplantine F. (1992) sur l'étiologie de la maladie. Ces modèles étiologiques qui se déclinent en deux sous-systèmes, naturaliste et personnaliste chez George F. et Barbara A. (1978). Ou de externalising beliefs system de Young A. (1983).

7.3.1. Étiologie de l'onchocercose à l'image du modèle exogène chez Laplantine

L'explication culturelle de l'étiologie de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam obéit au modèle d'explication de l'étiologie de la maladie défini par Laplantine F. (op.cit.). Ce modèle exogène d'explication des causes de la maladie chez Laplantine F. sous-tend que la maladie est un accident dû à l'action d'un élément étranger, externe qui vient s'abattre sur un individu. Ce modèle explicatif dit exogène se décline en deux sous-modèles et rend compte de la perception culturelle et de l'explication de l'étiologie de l'onchocercose dans les communautés Bamoun de Kouoptamo, fosset et Massangam. Il s'agit de l'explication de la maladie par des causes mystiques et ou personnalistes et de l'explication de la maladie par des causes naturelles qui se rapportent à l'environnement.

7.3.1.1 Explications des causes de l'onchocercose par des causes mystiques ou maléfiques

Du fait de la persistance de l'onchocercose dans la vie des populations, en dépit des efforts fournis pour la combattre, une bonne frange de la population a fini par considérer que cette maladie a pour cause la sorcellerie. Dans les sociétés africaines, une maladie est taxée de sorcière, lorsqu'on ne peut pas expliquer son étiologie. Dans le contexte social africain, toutes les maladies fussent-elles énigmes au départ, peuvent dégénérer et se transformer en maladie de la sorcellerie ou du mauvais sort. La cécité causée par le ver appelé *Onchocerca volvulus* est ce genre redouté dont l'étiologie ne trouve sa racine que dans le mal, c'est-à-dire la sorcellerie. Il arrive parfois dans nos socioculturels que, tout aveugle soit taxé de sorcier ou de quelqu'un qui est puni par les ancêtres parce qu'il aurait affiché des comportements répréhensibles du point de vue de la culture de son groupe. Son état serait alors une juste récompense du mal qu'il

a commis. Ainsi, entend-on dire régulièrement « *Dieu n'est pas fou de l'avoir ainsi rendu. Il ne fait que recevoir le juste prix de ses mauvais actes dans la société* » (Ngima 2011 :306). Aujourd'hui encore, les populations de Kouoptamo, Fosset et Massangam, attribuent à l'onchocercose des causes mystiques. En effet, par similitude, certaines manifestations pathologiques dont les signes et l'étiologie culturelle se rapportent aux causes mystiques sont souvent reconnus comme l'onchocercose. Sur cet ordre d'explication, les Bamoun des localités enquêtées estiment que l'onchocercose a des causes mystiques et serait quelquefois la cause d'une action entreprise par un individu maléfique dans le but de nuire à la santé de sa victime.

Les travaux de Bonnet, D. (1986) sur les représentations culturelles du paludisme chez les Mosse du Burkina qui lui permettent d'arriver à la conclusion selon laquelle les populations locales n'attribuent en aucun cas le paludisme aux piqûres des moustiques. Permet d'illustrer les perceptions qu'ont certains membres des communautés bamoun étudiées sur les causes de certaines manifestations pathologiques dus à l'onchocercose. En effet dans l'étude des catégories causales du paludisme dans le groupe culturel Mosse, qu'étudie Bonnet, D. (1986) aucun lien établi ne relie le paludisme au moustique comme l'onchocercose chez certains bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam. L'étiologie du paludisme comme celle de l'onchocercose chez ce groupe culturel est souvent liée à l'action d'un individu maléfique ou à l'esprit ancestral qui punit lors de la transgression d'un interdit ou d'une faute. Bonnet, D. (1986 13-14) souligne d'ailleurs que « *l'esprit ancestral donne aussi la maladie à l'occasion de transgressions d'interdits commises à l'intérieur du lignage du malade ou encore à la suite d'une dette ou d'un souhait d'ancêtre non satisfait par la famille.* », L'ancêtre comme centre de la régulation sociale a dans le groupe culturel Mosse du Burkina comme chez les bamoun une fonction législative, judiciaire et religieuse. Cette perception de l'onchocercose oriente sur le choix thérapeutique des populations bamoun qui s'opposent à l'utilisation du Mectizan pour prévenir ou soigner ce qu'ils considèrent comme maladie mystique ou maléfique.

Dans la communauté bamoun de Fosset, Kouoptamo et Massangam les populations soutiennent parfois que la cause de la filariose lymphatique, une manifestation de l'onchocercose et due de ce qu'ils appellent « *traverser le remède // peuh nouh Yem Neuh ma* (en langue locale) ». Ces remèdes que les victimes traversent sont l'action maléfique ou mystique d'un individu qui punit sa victime en lui laissant sur son chemin des décoctions sur lesquelles cette dernière traverse. Cet ordre de perception oriente donc sur le choix thérapeutique des victimes. A ce sujet, Taverne, B. (1996 : 40) souligne que « *les choix thérapeutiques sont pensés et présentés par les individus comme des choix raisonnés sur la*

base de critères d'efficacité, ils apparaissent en fait plus largement déterminés par le contexte social dans lequel ils se réalisent », autrement dit, les bamoun de kouoptamo, Fosset et Massangam, selon l'étiologie supposé de l'onchocercose ou de ses manifestations, définissent l'itinéraire de soins et pour la plupart des cas, la médecine traditionnelle est sollicitée. Par ailleurs, ces actions et interactions ainsi que les perceptions autour de la maladie et des soins obéissent à un environnement particulier qui exige une adaptation comme moyen d'équilibre pour le bien-être sanitaire des populations.

7.3.1.2. Approche écologique et interprétation de la persistance de l'onchocercose

Le facteur environnemental est à prendre en compte dans l'explication des causes de l'onchocercose. Certains informateurs plus éclairés attribuent la persistance de la maladie aux mauvaises conditions d'hygiène chez les populations dans leur environnement. En effet le milieu écologique local est plutôt propice à la persistance de l'onchocercose dans les communautés enquêtées. Calon, J. (2016) soulignait à ce titre que la disparition des maladies tropicales dans les pays riches est fortement liée à l'amélioration des conditions climatiques, l'évolution des règles d'hygiène et au niveau économique des communautés. Le climat local, le niveau économique des populations, la qualité de l'hygiène environnementale, l'hydrographie locale, tout ceci concourt à la persistance de la maladie. C'est ce que Young, A. (1983) désigne par « externalising Belief system » pour imputer l'origine de la maladie à l'environnement et au climat.

Benoist, J. (1981), lorsqu'il situe la maladie à l'interphase de l'organisation culturelle et le rapport à l'espace de vie, souligne que l'explication de la maladie a un rapport avec la façon dont les individus façonnent leur environnement et les normes culturelles de leur milieu de vie. Elroy, MC. A. et Townsend, P.K., (1985), dans une perspective écologique plaident pour une prise en compte globale de l'individu, son environnement et son influence sur son écosystème. A leur sens, la perspective écologique s'intéresse aux rapports, aux interactions entre l'individu et l'environnement dans son rapport à la santé et à la maladie. La reproduction, la nutrition, les changements culturels et la modernisation sont les fondements écologiques de la santé et de la maladie. Il existe un lien étroit entre santé, communauté et environnement. L'adaptation, l'ajustement aux changements importants permettent aux populations de survivre dans un environnement donné. L'environnement est donc un élément à prendre en compte dans l'interprétation des facteurs de persistance de l'onchocercose chez les populations bamoun des localités étudiées.

7.4. Environnement et persistance de l'onchocercose chez les Bamoum de Kouoptamo, Fosset et Massangam

Dans l'analyse de l'étiologie des maladies tropicales, l'environnement est perçu comme un facteur déterminant. De par leur définition, les maladies tropicales parmi lesquelles l'onchocercose, sont des maladies dont le développement se rapporte à un milieu écoloique particulier. Il est à prendre en compte le climat, le relief, l'hydrographie et la végétation. C'est d'ailleurs ce que Gérin, M., et al en 2003 soutiennent l'orsqu'ils analysent les rapports entre l'environnement et les questions de santé publique. Ils disent en effet que

Les conditions environnementales (climatiques) sont déterminantes quant à la dissémination des infections tropicales, les agents étiologiques (insectes vecteurs et parasites tels que les protozoaires et vers) préfèrent les zones chaudes et humides (Gérin, M., et al., 2003 : 68).

À l'analyse des données ethnographiques, le facteur environnemental apparaît comme l'un des éléments les plus importants qui figure au rang des facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose dans les localités ciblées par cette recherche qui constitue la toile de fond de ce document. En réalité, parmi nombre de facteurs qui influencent la santé des communautés, l'environnement apparaît comme un facteur important dont l'impact sur la santé est considérable. L'approche écologique ou la démarche éco-santé en anthropologie médicale insiste sur la notion d'adaptation en précisant que la santé dénote d'une adaptation réussie des individus dans leur milieu de vie. Les tenants de cette approche insistent sur le fait que les groupes socioculturels agissent sur l'environnement qui agissent sur eux en retour. Ce sont les modifications apportées à l'environnement qui sont parfois à l'origine de l'apparition de certaines maladies. Dans les communautés de kouoptamo, Fosset et Massangam, les populations cohabitent avec un environnement qu'elles influencent au quotidien à travers les activités socioéconomiques. Ces populations participent ainsi à former et à transformer leur milieu écologique à travers leurs activités quotidiennes. Mbonji, Edjenguèlè, (2009) pense à ce sujet que les modifications de l'environnement naturel par les hommes perturbent l'équilibre entre les groupes culturels et leur milieu de vie et se soldent par l'apparition des maladies. Il le souligne d'ailleurs en ces termes,

L'être humain vit dans un environnement naturel qu'il informe, déforme, transforme et qui, en retour, le forme, le reforme ; [...] ces modifications du milieu de vie perturbent l'équilibre antérieur et induisent de nouvelles pathologies... (Mbonji Edjenguèlè, 2009: 98).

Bien que l'on puisse dire dans le sens de ces théoriciens que l'environnement subit l'action humaine à travers de multiples modifications de sa structure naturelle qui en retour

influence la santé des êtres humains, la situation semble différente dans le cas présent. Ici la maladie est conspuestentielle à l'environnement des populations. Les communautés ne sont pas exposées aux maladies du fait de leurs pression sur l'environnement, mais ils habitent dans un biotope fait de la maladie et dans lequel ils menent leurs activités socioéconomiques et culturelles. Ne pouvant pas quitter cet environnement, elles sont contraintes de partager, de cohabiter avec ce que nous pouvons appeler leurs bourreaux que sont les vecteurs de la maladie qui vivent et survivent grâce à l'environnement naturel local. Avec la forte présence de la maladie, il faut plutôt dire que ce sont les populations locales qui subissent l'environnement. Celui-ci est favorable pour la survie de l'agent vecteur de la maladie. Malgré les efforts d'adaptation par les activités de santé communautaires la pathologie reste permanente et la transmission est continue et sans interruption.

Parler donc de l'environnement et de la persistance de l'onchocercose revient à montrer le rapport entre l'environnement et la persistance de la maladie. Le facteur environnement est est à prendre en compte dans l'analyse de la persistance de l'onchocercose dans les communautés bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Cette analyse oriente la réflexion autour de l'approche écologique de la maladie et de la santé. En effet Les pathologies tropicales sont connues par leur persistance, leur capacité à résister et à sévir de façon continue et de s'étendre souvent sur de longues périodes dans un environnement particulier et au sein des groupes culturels variés selon leurs écosystèmes et leur mode de vie. Cependant comme on peut le relever avec les tenants de l'approche écologique en Anthropologie médicale, les rapports entre environnement, culture, maladie et medecine, sont dynamiques. Ainsi, l'onchocercose présente depuis longtemps dans les milieux écologiques situés sous les tropiques, il s'est construit autour d'elle aux files des années de nombreuses représentations culturelles et thérapeutiques en raison des interactions entre la maladie, l'environnement, la culture et les membres des groupes culturels et des communautés. Comme le soulignent Philippe, A., et Herzlich, C., la culture est le champ des interprétations des phénomènes du corps et de la maladie. Ils le disent en ces termes : « *L'appartenance à une culture fournit à l'individu le cadre dans lequel s'opère ces interprétations touchant les phénomènes du corps et, en particulier, la maladie et ses symptômes.* » (Philippe, A. et Herzlich, C., 2007 : 58).

En effet, au-delà du biologique et du physiologique, la maladie est une construction culturelle en rapport avec un écosystème particulier et les thérapies ou les tentatives de prise en charge tiennent compte de la perception et des représentations construites, du ressenti et des actions individuelles et sociales dans un ensemble culturel en interaction permanente avec

l'environnement naturel. Benoist, J. souligne à cet effet que, « *en organisant par des règles culturelles leur rapport avec l'espace, les hommes conditionnent en effet, sans en avoir conscience, leur relation avec les éléments du milieu qui sont porteur ou vecteur de l'agression* ». (Benoist, J., 1981: 08).

Ainsi, dans les communautés bamoun impliquées dans cette thèse, le facteur environnemental rend compte de la persistance de la maladie dans les communautés. Dans ce rapport à l'environnement, on observe que non seulement le milieu de vie des communautés mais aussi les activités particulière des populations concourent à la permanence de l'onchocercose. Aussi dans l'analyse du facteur environnemental, un certain nombre de réalités locales qui interagissent avec l'environnement direct des communautés ont retenu l'attention et méritent une observation minutieuse. Il s'agit du rapport entre la maladie, l'environnement des populations locales, les lieux d'activités économiques et l'exposition à la maladie.

7.4.1. Onchocercose et adaptation des populations à l'environnement

Le rapport à l'environnement est un facteur important dans l'analyse de la santé et de la maladie. l'environnement fait partie des déterminants de la santé et la théorie écologique relève que la maladie ou la santé se définit en fonction des interactions entre l'individu et son environnement, la façon dont ce dernier se comporte et s'adapte dans son milieu de vie. Il est à noter ici que les conditions d'hygiène, la permanence de la maladie avec comme facteur l'environnement est le fait d'une adaptation. Sur cette question, s'adapter constitue un élément essentiel pour assurer l'harmonie entre la population et son milieu de vie. L'onchocercose existe et persiste du compte tenu des défaillances au niveau de cette adaptation. D'ailleurs les données ethnographiques ont permis de se rendre compte que les populations prennent conscience de l'importance de l'adaptation aux conditions de leur environnement. La couverture végétale et la présence des cours d'eau sont favorables à la survie des vecteurs qui transmettent en permanence la maladie aux populations. Il semble donc difficile pour ces populations de s'adapter ou de se protéger en longueur de journées face aux simuliidés qui font corps avec leur milieu de vie. À ce niveau, la défaillance de l'adaptation s'observe au niveau des conditions d'hygiène mais surtout du climat qui reste favorable au développement du vecteur. Les populations des localités enquêtées ont d'ailleurs souligné que le manque d'hygiène vestimentaire les expose à la maladie causée par le vecteur avec qui elles partagent le même environnement au quotidien.

Les causes c'est l'environnement. Il y a aussi la non protection de l'organisme, parce qu'il est incompréhensible que quelqu'un porte de pareils habits et qu'ils ne soient pas exposés à l'oncho, aux filaires. Oui parce que la similie ne peut pas percer le pantalon pour atteindre ta chair, quand elle vient que le corps est nu elle est contente. (Entretien réalisé le 05/04/20 à Massangam).

Le non respect des mesures d'hygiène vestimentaires expose ainsi à l'onchocercose. L'interaction que l'on peut lire entre la maladie, l'environnement et les communautés en termes d'exposition au mal, réside sur le facteur hygiène vestimentaire. S'adapter c'est pouvoir vivre avec le vecteur sans toutefois attrapper la maladie. S'adapter c'est respecter une certaine hygiène vestimentaire.

7.4.2. Persistance de l'onchocercose en rapport avec les activités locales dans des milieux écologiques particuliers

Les lieux d'activités, le milieu de travail exposent les populations de Kouoptamo, Fosset et Massangam à la maladie. Les activités agricoles, la pêche en particulier, s'exercent dans des milieux propices aux vecteurs de la maladie. Ces différentes activités au cœur de l'économie locale, sont les seuls moyens de survie des populations, mais elles s'exposent fortement à l'onchocercose dans les milieux environnementaux dans lesquels elles exercent ces activités. Dans l'analyse du rapport de l'environnement à la santé, Gérin M. et al., en 2003 relevaient déjà que les éléments de la nature tels que l'eau, l'air etc. doivent être considérés comme des composantes de l'environnement susceptibles d'impacter sérieusement la santé dans le milieu de travail sur la durée, l'importance numérique des personnes exposées sur la durée d'exposition dans leur milieu de travail.

À l'instar de milieux tels que l'air ambiant, les aliments ou l'eau potable, le milieu de travail doit être considéré comme une composante majeure de l'environnement susceptible d'affecter la santé par l'importance numérique des populations exposées, des durées et des niveaux ou probabilités d'exposition. Gérin M. et al., (2003 : 566).

Le niveau d'exposition va donc dépendre des éléments du milieu et de la durée d'exposition dans les lieux des activités locales. Avec les activités humaines, les populations de Kouoptamo Fosset et Foubot, interagissent avec leur environnement. Cette interaction à travers certains facteurs comportementaux, les expose à la maladie. À ce niveau en réalité, le problème ne se pose pas quant aux activités mais beaucoup plus par rapport aux lieux où s'exercent ces activités de production. Celles-ci concernent la pêche et l'agriculture qui sont les principaux domaines de survie des populations. Dans ce milieu, la présence des cours d'eaux favorise les activités de pêche et celles agricoles.

Pour ce qui est de la pêche, elle est menée au quotidien dans ces cours d'eau qui sont le siège de développement des simulies, principal vecteur de la maladie. Il est vrai qu'à travers les représentations et les perceptions populaires, les populations de pêcheurs attribuent la cause de la maladie à la présence quotidienne de la vapeur et du brouillard matinal et nocturne produit par l'humidité des cours d'eaux. Par ailleurs, l'utilisation permanente des fumées pour le séchage des produits de pêche serait la cause de la cécité chez ces acteurs de l'eau et du poisson fumé. Mais la réalité est celle selon laquelle ces cours d'eau regorgent des nids de production et de reproduction de la simulie, vecteur de la maladie. Ces acteurs sont donc dans l'exercice de leurs activités, exposés au quotidien aux piqûres, deviennent victimes de la maladie.

En ce qui concerne l'activité agricole, les populations des localités de Kouoptamo, Fosset de Massangam pratiquent une agriculture adaptée aux saisons et au milieu de production. En effet l'agriculture maraîchère est assez développée dans ces localités. Ce modèle agricole se pratique dans les localités proches des cours d'eau, lieux de production et de reproduction du vecteur de l'onchocercose. Les espaces des activités agricoles sont donc un facteur d'exposition au vecteur de la maladie. À Fosset, comme à Massangam et à Kouoptamo, les nombreux cours d'eaux dont les bordures sont propices à l'agriculture de saison attirent beaucoup les populations qui vivent essentiellement de cette activité agricole. « *La majorité cultive la terre, elles se nourrissent de l'agriculture. Elles font le jardin, quand les pluies reviennent, elles sortent des jardins pour les autres champs dans les marécages au bord de l'eau, là où il y a les cours d'eau* ». (Entretien réalisé le 21/04/20 à Kouoptamo).

Les mouvements permanents des populations vers ces lieux expliquent l'existence de la maladie dans les localités parfois éloignées des gîtes de reproduction de la simulie. Le facteur environnemental est donc fortement ancré dans l'explication de la persistance de l'onchocercose. On comprend aisément dès lors l'échec de l'adaptation à cet environnement qui, bien que parfois modifié à travers les activités humaines, reste le principal habitat du vecteur qui propage la maladie en longueur de temps au sein de la population. Des activités communautaires basées sur l'hygiène et l'assainissement de cet environnement sont pourtant observés dans la localité de Massangam mais elles restent insuffisantes du fait des coûts assez élevés des insecticides utilisés. Cette réalité n'est cependant pas nouvelle. L'approche qui consiste à détruire les larves et le vecteur avait déjà été initiée depuis les années 1974 dans les pays de l'OCP. Pendant 14 ans, l'on a procédé à l'épandage aérien hebdomadaire des insecticides dans les rivières. (IRD, 2012). Il faut cependant retenir que cette approche avait été

suspendue du fait des coûts des insecticides et remplacée par la chimioprévention par distribution annuelle ou biannuelle des comprimés de Mectizan aux populations des zones endémiques.

7.5. Ethnométhodes d'utilisation du Mectizan dans les communautés bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam

Les ethnométhodes d'utilisation du Mectizan dans les communautés bamoun étudiées sont la cause de la persistance de l'onchocercose. À l'analyse des données, il a été présenté plusieurs formes d'utilisation du Mectizan. Ces usages comme on peut le comprendre ne cadrent pas toujours avec les indications thérapeutiques des activités de chimioprévention de l'onchocercose. Les usages locaux du médicament sont à l'origine de la persistance de l'onchocercose dans les localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam. En effet les résultats de cette étude relèvent la présence de plusieurs formes d'utilisation de l'Ivermectine. Les usages du Mectizan sont multiples dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Ces multiples formes d'utilisation du médicament que nous avons appelés usages détournés, sont le fruit des expériences pratiques acquises par les populations dans leurs quotidiens pendant la longue période d'interaction avec le médicament, avec les campagnes de santé communautaire axées sur la prévention de l'onchocercose par la distribution de l'Ivermectine. Les ethnométhodologues disent d'ailleurs que les individus ne sont pas des messieurs jourdin. Ils puisent de leurs expériences quotidiennes pour développer des pratiques qui leur permettent de répondre aux difficultés quotidiennes. Mbonji Edjenguèlè (2005 : 24) précise que « *ils mettent en œuvre les ethnométhodes ou méthodes de communautés, les méthodes de leurs groupes, des méthodes pratiques de savoir ordinaires permettant de résoudre leur problème de vivre* ».

Le développement des multiples utilisations de l'Ivermectine par le groupe culturel bamoun souscrit à cet ordre d'explication. En effet, dans les communautés bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam, il existe des méthodes d'utilisation du Mectizan développées localement et partagées par les membres du groupe. La théorie de l'ethnométhodologie souligne à ce titre que les ethnométhodes sont des méthodes développées qui n'existent qu'à l'intérieur des groupes en particulier et partagées par les membres. Ces méthodes de groupes permettent ainsi de répondre aux préoccupations quotidiennes dans les communautés culturelles. Chez les bamoun de Kouoptamo, Fosset et de Massangam, des ethnométhodes d'utilisation de l'Ivermectine ont été identifiées. Le comprimé d'Ivermectine est donc utilisé dans l'élevage (petit bétail, volaille), il est utilisé sur les huiles pour cheveux dans le cadre de l'élimination des puces de cheveux. Ces ethnométhodes appliquées à l'Ivermectine permettent aux populations de répondre à certains besoins dans les différents

domaines où elles utilisent le médicament dans les communautés mais seulement se détournent de l'usage indiqué du Mectizan qui est celui de la prévention et de l'élimination de l'onchocercose. Ces ethnométhodes se présentent donc comme des obstacles à l'élimination de l'onchocercose dans ces communautés. Cela peut expliquer la persistance de la maladie au sein du groupe culturel bamoun dans lesquels l'onchocercose reste une préoccupation de santé publique.

7.6. Adhésion à la consommation du Mectizan

Le Mectizan est le seul médicament qui jusqu'ici permet de détruire les microfilaires et par conséquent stopper leur évolution après la piqure d'un agent vecteur la simule responsable de l'onchocercose. Encore appelé Ivermectine, le Mectizan est utilisé dans le cadre de la chimiothérapie préventive pour la lutte contre l'onchocercose. Son efficacité dans cette lutte n'est plus à démontrer. En réalité il se distribue gratuitement lors des campagnes annuelles ou biennuelles selon les niveaux d'endémicité de la maladie dans des localités. À titre de rappel, le Programme Africain de lutte contre l'Onchocercose (APOC) jusqu'en 2015 et aujourd'hui ESPEN qui encadre la lutte contre cette maladie via le programme national de lutte contre l'onchocercose (PNLO) et les partenaires au développement à l'instar de Sightsavers International pour la région de l'Ouest du Cameroun, procède à la distribution de ce médicament depuis les années 1987 dans l'optique d'éliminer l'onchocercose. Pour le succès de cette opération, « *la prise effective de ce remède doivent durer 15 ans ininterrompus.* » (Mebenga Tamba L., 2010 : 379). Cependant Dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, les populations n'adhèrent pas toujours aux campagnes de chimioprévention. On assiste à des cas de refus systématiques de recevoir voire de consommer le médicament et aussi la non observance des populations à la prise annuelle du médicament. Cela s'explique par des réalités socioculturelles sus-évoquées.

Plusieurs facteurs identifiés expliquent donc la non adhésion des populations à la campagne de distribution gratuite du Mectizan. Parmi ces facteurs, le plus important tourne autour de la peur des effets secondaires liés à la prise du Mectizan.

7.7. Effets secondaires du Mectizan liés à la théorie du complot

La peur des effets secondaires par les populations de Kouoptamo, Fosset et Massangam constitue un facteur déterminant de la mauvaise couverture thérapeutique des campagnes de distribution de masse et alimente la persistance de l'onchocercose dans ces localités. Elle influence l'adhésion des populations à la prise du Mectizan. En effet de façon générale les

campagnes de distribution de masse se heurtent à de nombreux refus dus aux multiples représentations qui pèsent depuis toujours sur la vaccination et les campagnes chimiopréventions gracieusement offertes aux populations. Pour parler comme Ndonko F. T., (2000), les refus des populations sont souvent alimentés par des rumeurs qui sous-tendent généralement des débats passionnés au cours desquels des idées, souvent sans explication scientifique mais dont les capacités dévastatrices ont souvent une ampleur inestimable. Dans les localités de Kouoptamo, Fosset et Massangam, les populations sont exposées à cette désinformation qui souvent invite au refus d'adhésion à la prise du Mectizan. La peur des effets secondaires, par les populations est un autre goulot d'étranglement à la couverture thérapeutique de la campagne de distribution du Mectizan. En réalité, au début des premières années de distribution de l'Ivermectine dans ces localités, de nombreux cas d'effets secondaires avaient été enregistrés avec un impact important sur les familles des victimes. Ces informations aujourd'hui restent d'actualité et continuent d'alimenter la peur chez certaines populations. De par leurs expériences et représentations, les avis des populations divergent sur la nécessité ou non de prendre le Mectizan. La peur des effets secondaires se transmet donc d'une victime aux autres membres de la communauté. L'expérience doublée des représentations constitue un facteur de non adhésion à la consommation du médicament et augmente par conséquent la persistance de la maladie.

Pour ce qui est de la gestion des effets secondaires, il est prévu par le programme une ligne pour la gestion des effets secondaires. Selon les responsables institutionnelles de la gestion de la distribution du Mectizan, la prise en charge des effets secondaires par le programme respecte une périodicité déterminée entre la date de l'administration du médicament, celle de l'apparition de ces effets et celle à laquelle la victime se présente à la formation sanitaire de sa communauté pour déclarer ces effets. C'est alors que chaque membre de la communauté ayant eu des effets indésirables après la consommation de l'Ivermectine devrait se rendre dans sa formation sanitaire pour y recevoir des soins gratuitement. Mais la réalité est tout autre, les populations sont laissées à elles-mêmes face aux effets secondaires et les DC sont pris pour responsables.

Par ailleurs, les populations, à partir des pratiques thérapeutiques locales, adoptent plusieurs approches thérapeutiques pour gérer les effets secondaires lorsque ceux-ci apparaissent. Néanmoins il faut dire que cette obligation des populations à prendre elles même en charge les effets secondaires survenus après la prise du Mectizan n'encourage pas les autres à continuer à adhérer à la distribution du médicament. Ce sont des familles, ou des proches et

connaissances, des personnes non adhérentes à la campagne de couverture de masse. Ce qui n'est pas favorable à l'atteinte de l'objectif de l'élimination de la maladie.

7.8. Mise en œuvre de la politique locale de lutte et persistance de l'onchocercose

Fassin, D. (1990) considère la santé comme un enjeu social et politique. En effet, l'organisation ou la politique de gestion de la maladie doit interagir avec la culture ou le groupe culturel bénéficiant des actions de politiques sanitaires. Pour cet auteur, l'anthropologie et la sociologie de la santé dans les pays du tiers monde ne devraient pas seulement se contenter d'étudier la maladie uniquement comme phénomène culturel sans la placer dans un continuum historique et « *d'aborder la médecine sous le seul angle de la pratique dite traditionnelle* » Fassin, D. (1990 : 20). Autrement dit, les politiques publiques de santé devraient prendre en compte les approches communautaires pour orienter les priorités et les actions de santé. En ce sens l'analyse de la mise en œuvre des politiques locales de lutte contre l'onchocercose ont permis de déceler les facteurs de la persistance de la maladie dans les communautés de kouoptamo, fosset et Massangam. Dans le système de santé au Cameroun, les décisions vont du niveau central vers le niveau périphérique. En effet, Le système de santé est de type pyramidal à trois niveaux, central, intermédiaire et périphérique. Dans le cadre de la lutte contre la maladie, la prise des décisions suit également ce schéma. La lutte contre l'onchocercose et les maladies éponymes se fait sur la base des stratégies communautaires qui mettent en action les acteurs au niveau périphérique dans le cadre des activités de santé communautaires.

C'est au niveau périphérique que s'opère l'intégration des ressources pour rendre effective les actions sanitaires dont la mise en œuvre consiste à mener un certain nombre d'activités dans le but d'offrir aux populations des communautés, des soins et la protection sanitaire nécessaire pour la prévention et l'élimination de l'onchocercose. Ces acteurs sont alors de par leur position sur l'échelle sanitaire, plus proches des communautés. Les données empiriques ont permis de les identifier. Il s'agit des responsables du programme au niveau régional (coordination régionale du programme MTN), les chefs de districts et les collaborateurs, notamment les Chefs de Bureau Santé (CBS) dont le rôle est déterminant dans la mise en œuvre des activités communautaires, et notamment les campagnes de couverture. Le CBS contrôle la dissémination des comprimés dans les différentes aires de santé au niveau des communautés couvertes par le district de santé. Les autres responsables au niveau périphérique sont les chefs des aires dont le rôle est d'enrôler et de former les agents distributeurs communautaires et assurer le monitoring de leur activité sur le terrain. Ces responsables d'aire de santé travaillent en collaboration avec les Comités de santé (COSA). Le comité de santé est

cette organisation des membres de la communauté qui assure la communication entre la formation sanitaire et les populations. Il accompagne les formations sanitaires dans la gestion locale de la santé à travers des interventions communautaires de proximité. C'est au sein de ce comité de santé que sont encadrés les agents de santé communautaire et les DC qui interviennent dans le cadre de la distribution du Mectizan. Au niveau de la communauté, il y a les leaders communautaires (chef de village, leaders religieux, influenceurs communautaires, leaders d'association) qui interviennent également dans la promotion de la santé et la lutte contre l'onchocercose.

Les différentes inconvenances chez ces différents acteurs du niveau périphérique sont identifiées comme étant des entraves à l'élimination de l'onchocercose dans les communautés. À la lumière des données collectées, nous avons relevé le manque d'implication de certains acteurs, le manque de collaboration entre ces différents acteurs, comité de santé, leaders traditionnels et religieux et les formations sanitaires, l'inexistence/l'inertie des comités de santé, la démission ou l'abandon de la distribution des distributeurs communautaires, la mauvaise gestion des fonds alloués aux activités. L'analyse du niveau d'implication des différents acteurs nous amène à nous interroger sur l'application de l'approche TIDC sur le terrain et la gestion des données de couverture.

7.8.1. Mise en œuvre du TIDC et résistance à l'élimination de l'onchocercose

La mise en œuvre du TIDC dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, telle que le révèlent les résultats de recherche de terrain, fait de cette approche un obstacle à l'élimination de la maladie dans ces localités. En réalité, l'approche TIDC est baptisée comme étant la meilleure approche de lutte contre l'onchocercose de par les résultats qu'elle a permis d'atteindre en matière de couverture géographique et thérapeutique du traitement à l'Ivermectine dans les communautés endémiques à cette maladie. D'ailleurs, La Stratégie Sectorielle de Santé actuelle du Cameroun (2016-2027), révèle que depuis 2014, c'est grâce à cette approche que le taux de couverture thérapeutique a atteint 79,84% et le taux de couverture géographique, 98,98%. Cette approche voudrait que la communauté elle-même prenne sa santé en main. Autrement dit, les acteurs de la communauté sont impliqués dans le traitement de masse à travers des distributeurs recrutés au sein de la population. Cette approche a donc été considérée comme la meilleure approche parmi plusieurs autres déjà implémentées. C'est d'ailleurs ce que déclare OMS et APOC en 2007 en soulignant que : « *L'approche du traitement sous directives communautaires a apporté un succès continental à la lutte contre l'onchocercose en Afrique tandis que toutes les autres initiatives sanitaires ont stagné et*

échoué » OMS/APOC, (2007: 08). Sa stratégie repose sur une démarche communautaire appropriée et qui, selon le programme africain de lutte contre l'onchocercose, lui confère le leadership dans la stratégie de santé publique à base communautaire et un succès dans la lutte contre l'onchocercose comme le souligne le Programmes APOC. Cependant, au vu de sa mise en œuvre actuelle, il montre plusieurs difficultés qui se transforme désormais en obstacle à l'élimination de la maladie dont il a eu le mérite d'être l'approche la plus idéale.

7.8.2. Processus indiqué du TIDC

Le processus du TIDC est élaboré sur plusieurs étapes qui vont de l'enrôlement des distributeurs jusqu'à l'évaluation post campagne de distribution en passant par la formation, la distribution et le suivi des effets secondaires par les distributeurs. Comme l'indique OMS/APOC (2007 : 11).

Le processus commence par une enquête informelle : un agent de santé, généralement les chefs d'air de santé, rend visite au chef de la communauté et arrange une rencontre avec l'équipe de facilitation et toute la communauté. A ce forum le concept de traitement sous directives communautaires est expliqué. On laisse ensuite le temps à la communauté de choisir les individus qu'elle propose pour être formés comme distributeurs (DC). Ce sont des habitants du village choisis selon les priorités établies par la communauté en effet au cours d'une réunion communautaire organisée par le chef de la communauté qui sont les DC désignés.

Une fois les décisions prises et que la communauté a décidé qui prendre comme distributeurs en son sein, elle, à travers le responsable de l'aire de santé local, décide de la meilleure date pour la formation des Distributeurs Communautaires désignés. À la suite de cette formation généralement organisée au sein des formations sanitaires locaux, les DC organisent un recensement dans leurs communautés et enregistrent les résultats dans un cahier et gardent une copie auprès du chef de la communauté.

En ce qui concerne la distribution, la communauté toute entière décide le mois et la dates de la distribution de l'Ivermectine que les Distributeurs Communautaires communiquent au responsable de l'aire de santé et aux facilitateurs. Par la suite, à la date arrêtée de commun accord avec la communauté, les distributeurs communautaires collectent les comprimés d'Ivermectine dans les FOSA auprès des responsables pour ensuite les distribuer aux populations.

Une fois la distribution faite, les DC suivent les effets secondaires et traitent les cas de réaction mineurs lorsque c'est possible. Les cas difficiles d'effets secondaires majeurs sont référés à la formation sanitaire la plus proche qui devra prendre gratuitement la victime en charge. À la fin de l'activité, les DC déposent les rapports de distribution et de suivi des effets secondaires. Les différentes informations sur la distribution sont contenues sur un registre, conçu à cet effet, qui est remis au Chef de l'aire de santé pour les activités d'évaluation et de contrôle de la distribution sur le terrain.

Dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, ce processus reste théorique et la réalité est bien différente. Le non-respect de ce processus est à la base de la non atteinte des objectifs réels de la couverture et contribue à la persistance de l'onchocercose dans les communautés. Il faut souligner ici que les données collectées ont permis d'observer les insuffisances à plusieurs niveaux de la mise en œuvre du TIDC qui se matérialise par la non application du processus ci-dessus indiqué par APOC.

Sur l'enrôlement des distributeurs, il est clairement recommandé que ce soit la communauté qui les désigne à la suite d'une réunion communautaire initiée par le chef de la communauté. Aujourd'hui, avec la démission et le refus des membres de la population à devenir distributeurs, le choix de ces derniers ne respecte plus les recommandations initiales de l'approche TIDC. Les DC sont désormais désignés par les chefs d'aire de santé. Ce sont souvent des agents d'appui auprès des formations sanitaires (Agents d'entretien, agents de sécurité, etc.), des élèves infirmiers et stagiaires. Cette forme de sélection présente plusieurs difficultés qui ne favorisent pas l'atteinte des objectifs et entraîne par voie de conséquence la persistance de la maladie.

Par rapport à la décision de la date et le mois approprié pour la distribution de l'Ivermectine aux populations, il est initialement prévu que c'est la communauté qui prenne la décision de la date et du mois fixé en adéquation aux activités communautaires. La réalité est bien différente et les populations ne sont généralement pas consultées à ce sujet. Cependant sur le terrain, parmi les facteurs qui expliquent la mauvaise couverture réelle de l'Ivermectine c'est l'absence des populations au moment de la distribution et de surcroît certaines pratiques religieuses ne sont pas toujours adaptées à la période de distribution. La période de distribution communautaires, dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam, coïncide avec celle des récoltes ou des activités agricoles, d'où l'indisponibilité constatée des populations et aussi de certains distributeurs qui sont occupés par ces activités économiques locales. Les

pratiques religieuses sont aussi des mobiles sur lesquels certaines personnes de la communauté s'appuient pour ne pas se soumettre aux conditions de distribution et de prise du médicament (prise contrôlée).

Au sujet de la gestion des effets secondaires, précisons que la prise en charge de ces derniers se fait pendant une période déterminée couvrant la période de distribution. Au regard du non-respect du principe de la prise contrôlée, les effets secondaires apparaissent longtemps après la période pendant laquelle ils peuvent être pris en charge gratuitement selon l'indication du programme. En effet, l'explication que l'on peut apporter à cette situation est que, lorsque les populations gardent leurs médicaments par devers eux pour les prendre au moment voulu, elles ne se rendent pas compte que la prise en charge des effets secondaires s'arrime avec les indications de la prise au moment de la distribution dans l'intervalle de la campagne de couverture thérapeutique du médicament. C'est alors que, lorsque les effets secondaires apparaissent au-delà de la période déterminée, ils ne sont plus pris en charge au regret des victimes. Aussi, les DC restent donc face à leurs populations et font face à leur colère. Ces dernières sont souvent contraintes de prendre sur elles-mêmes les frais relatifs à la prise en charge des effets secondaires. Cette situation ainsi décrite n'encourage pas les populations à adhérer aux nouvelles campagnes, elle occasionne la résistance de la maladie due au refus de ces victimes qui entraînent souvent leurs proches.

En outre, une petite motivation, mieux une motivation des DC n'est plus d'actualité. Ceux-ci sont désormais appelés à distribuer gracieusement le médicament sans aucun soutien matériel ou financier par le programme. Le document de stratégie sectorielle de la santé (SSS_2016-2027) souligne à sa page 36 lorsqu'elle évoque les questions liées à la composante de la promotion de la santé, que les actions communautaires pour la promotion de la santé se résument en la gestion et à la participation économique pour la santé. Dans le cadre du TIDC, ce principe de participation communautaire devient un obstacle à la réalisation de cette approche, ceci dans la mesure où les populations très pauvres ne disposent pas de moyen économique pouvant leur permettre d'apporter cette contribution. Les DC sont contraints d'abandonner et cela fait partie des difficultés réelles à la réalisation du TIDC. Ce qui nous amène à penser que le programme du Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire tel qu'appliqué aujourd'hui sur le terrain est un obstacle à l'atteinte de ses propres objectifs, notamment celui de l'élimination de l'onchocercose.

En somme il faut retenir qu'aujourd'hui, dans les communautés de Fosset, Kouoptamo et Massangam, l'approche TIDC est en nette décadence et cela s'explique par les nombreuses difficultés qui sont les siennes. Pour ce qui est du recul du traitement par l'Ivermectine, les facteurs favorisant cette situation, relèvent aussi bien de l'institutionnel que de la communauté. Sur le plan institutionnel, la mise en œuvre du TIDC connaît un certain nombre de faiblesses, qui vont du non-respect des directives à la gestion inadéquate des effets secondaires ; sur le plan communautaire, il existe des pratiques non favorables ou concurrentes à la prise du Mectizan, principalement les usages détournés du médicament.

7.9. Lutte antivectorielle et chimioprévention de l'onchocercose

Les activités de lutte contre l'onchocercose se limitent au jourd'hui à la chimioprévention à travers des campagnes de distribution de masse organisées chaque année dans les communautés endémiques à la maladie. C'est le cas de Kouoptamo, Fosset et Massangam. Ces activités de santé communautaires gardent toute leur importance mais présentent tout de même des limites qu'il faut relever. Les travaux de Hougard, J. M. et *al.* (1990), faisaient déjà savoir que la lutte contre les vecteurs permettrait mieux de lutter contre la maladie. Des informateurs ont souvent relevé ce fait en soulignant que tant qu'il existe le vecteur dans leur environnement, la maladie persistera. Ce d'autant plus que l'exposition aux piqûres est permanent. Pourtant, dans l'évolution de la lutte contre la maladie, l'on est passé de la lutte antivectorielle déclarée très coûteuse à la chimiothérapie à l'Ivermectine.

Les travaux de Gilles, A. A. (2006) par ailleurs faisaient comprendre que l'arrêt de la lutte antivectorielle n'étant plus d'actualité, sa dissémination par les mouvements de simules à grande amplitude reste une réalité possible et les données actuelles affirment cette possibilité réelle de l'existence de la simule qui continue de piquer et de transmettre la maladie. Il apparaît donc clair que la maladie, l'onchocercose persiste et persistera tant que le vecteur continue d'exister. La maladie reste persistante et intègre de plus en plus le quotidien, la vie socioculturelle des populations qui semblent aujourd'hui s'être adaptées à la situation. Les campagnes de chimiothérapie avec distribution de l'Ivermectine apparaissent juste comme un élément pour atténuer la maladie et restent loin de l'éradiquer. Cela s'explique, comme l'a fait savoir Gille, A.A., que les migrations des simules ou encore la multiplication des simules restent permanentes dans les zones endémiques et constituent un obstacle réel à l'éradication de la maladie. À ceci s'ajoute le fait que certaines populations jusqu'ici restent réfractaires à la consommation de l'Ivermectine, seul médicament capable de conduire à l'élimination de la maladie.

7.10. Implication des structures de dialogue

Dans le système de santé au Cameroun, les structures de dialogue au niveau périphériques sont le COSADI, le COGEDI, le COSA et le COGE. Ces structures travaillent en collaboration avec les formations sanitaires pour la promotion de la santé des communautés. Ce sont des organisations indépendantes dont le principal rôle est de participer à la promotion de la santé. Dans le système de santé au Cameroun, ces structures ont une influence certaine sur la gestion de la santé des communautés et le fonctionnement des structures de santé. Au niveau communautaire, elles sont la courroie de transmission entre la formation sanitaire et les populations. Au niveau des communautés, elles sont censées organiser les activités de santé communautaires. Le COSA (Comité de Santé) est la structure la plus proche de la communauté. Il regroupe l'ensemble de la ressource humaine constituée des membres de la communauté qui se mettent au service de leur population pour les questions sanitaires. Il s'agit des communautaires dont les désignations varient en fonction des programmes de santé auxquels ils participent. Dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose et du TIDC, les communautaires sont désignés Distributeurs Communautaires (DC). Ces derniers aujourd'hui s'impliquent de moins en moins dans les activités de distribution de Mectizan / Ivermectine. Les données primaires présentées dans les précédents chapitres ont d'ailleurs relevé ce désengagement et les raisons explicatives qui se résument en l'absence de prise en charge sur laquelle nous revenons.

En effet, l'implication des structures de dialogue est assez mitigée. Le comité de santé (COSA) dans le cadre de l'onchocercose n'est pas pris en compte dans la gestion des fonds alloués pour les activités de distribution dont il est le principal acteur. Ces responsables de familles sont appelés à s'investir dans les activités bénévoles sans aucun soutien quel qu'il soit. Comme nous le rappelait un président de comité de santé au niveau de district (COSADI), les communautés sont conscientes de leur problème mais de manière abusive, elles sont soumises à être exploitées :

Lorsqu'on donne le Mectizan, la masse d'argent qu'on remet au district, aux chefs d'aires et tout ça, pouvait bien faire fonctionner l'activité. On remet aux concepteurs de la mise en œuvre, aucun franc n'entre dans les mains du DC. Le DC aujourd'hui dans le contexte économique que nous vivons, ne peut pas sacrifier sa semaine entièrement sans avoir de quoi manger pour sortir distribuer le Mectizan. Pourtant on sait que les chefs d'aires reçoivent de l'argent pendant les campagnes. Le chef d'aire ne manque pas un quarante ou un cinquante mille francs. Pendant ce temps les DC n'ont même pas cent francs pour le savon, ils se découragent et ils ne font pas le travail. Ce qui fait parfois qu'on te dresse un rapport formidable, quand tu es face au rapport tu crois que c'est formidable alors que la couverture n'est pas faite. Et on se contente de cela sans mener les enquêtes au préalable parce les responsables sanitaires savent ce que peuvent révéler les enquêtes.

Voilà la triste réalité de manière résumé. J'ai été à l'évaluation nationale des MTN à Kribi par deux fois, j'ai évoqué ce problème, pour la deuxième fois on m'a dit de ne plus jamais parler de cela devant les partenaires, et depuis je ne suis plus jamais intégré pour participer à ces réunions. L'argent que le partenaire donne pouvait bien gérer les activités sans même que le gouvernement n'ait besoin d'apporter une contribution. Ils se partagent l'argent et quand c'est le DC, on lui demande de travailler pour sa communauté gratuitement. Les communautés sont conscientes de leur problème mais elles sont exploitées de manière abusive (Entretien réalisé le 12/01/23 à Foumbot).

On comprend clairement l'exclusion des organisations communautaires dans la gestion économique des programmes pour lesquels elles sont les principaux facilitateurs auprès de leurs communautés. Ces dernières sont appelées comme il est souligné plus haut, à travailler de façon bénévole, sans aucune rétribution. Cependant dans le cadre du TIDC tel qu'il s'applique sur le terrain, les DC s'investissent par leurs propres moyens sans aucun soutien ou accompagnement. Ce qui de toute évidence influence toute volonté à servir et plombe ainsi les activités de santé communautaires menées pour l'éradication de la maladie par l'initiative communautaire.

7.11. Représentations de la Gratuité du médicament

La peur et les représentations construites autour de la gratuité constituent également des facteurs de non réception de l'Ivermectine par les populations de kouoptamo, Fosset et Massangam. L'expérience culturelle et du vécu social de la maladie et de certains effets secondaires au départ non expliqués impactent sur la recevabilité des médicaments gratuits dans les communautés bamoun des localités enquêtées et par conséquent à l'adhésion aux campagnes de distribution de masse. La lutte contre l'onchocercose à travers la distribution gratuite de l'Ivermectine ne se dédouane pas de cet ordre de perceptions et de représentations sociales des méthodes préventives qui restent un obstacle majeur dans la lutte contre les maladies par utilisation des méthodes préventives. Les campagnes de chimioprévention initiées dans la lutte contre l'onchocercose s'inscrivent dans la logique des campagnes de vaccination. En effet si le vaccin est défini comme une méthode thérapeutique préventive, elle s'applique sous plusieurs formes mais les représentations culturelles restent les mêmes dans un contexte où depuis toujours les campagnes de masse ont fait et continuent de faire l'objet de plusieurs interprétations et représentations. Les travaux de Brouwer (1997), Georget, M. et Cornilo, P. (2007), Ngo Likeng, J., (2001 ; 2013) ; Kouekam M. E., (2013) et Janserbe, F. (2013) évoqués au chapitre de la revue de littérature rendent compte de la réalité des activités de thérapie préventive et de la vaccination.

Avec Brouwer (1997) et Georget, M., et Cornilo, P. (2007), on avait compris que les populations ne sont pas suffisamment informées sur les réalités des vaccins. Le manque de

sensibilisation et la faible information influencent les réactions et le comportement des populations bénéficiaires des programmes de santé. Chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam, cette réalité s'observe. Peut-être pas à de degrés égaux mais toujours est-il qu'il existe un manque d'information sur les réalités des campagnes de distribution de masse de l'Ivermectine. Le niveau de connaissances des populations sur la maladie, objet des campagnes sanitaires au niveau des communautés n'est pas suffisant. Les constructions culturelles et l'appréhension sociale de la maladie continuent de primer sur les manières de penser et d'agir face à la maladie. Ceci influence leur adhésion aux campagnes de traitement et de prévention, et par conséquent rend compte de la persistance de la maladie.

Avec Ngo Likeng, J., (2001 ; 2013) ; Kouekam M. E., (2013) et Janserbe, F. (2013), le facteur culturel explique le refoulement ou le refus d'adhésion des populations camerounaises et africaines aux campagnes de distribution de masse de médicaments surtout lorsqu'ils sont gratuitement offerts à la population. Cet encrage culturel, réfractaire aux activités de santé de vaccination est amplifié par le faible niveau de connaissances des agents de santé communautaires et même certains personnels de santé, incapables d'informer et de former les populations bénéficiaires sur les activités de santé sur lesquelles ils sont conviés. L'analyse des données primaires chez les Bamoun des zones enquêtées dans le cadre de ce travail universitaire a révélés cette situation qui plombe les objectifs sanitaires autour de la lutte contre l'onchocercose. Les activités économiques et culturelles et les périodes de leur réalisation ne riment pas avec le calendrier des campagnes. Ou encore le lancement des campagnes de distribution de masse prend très peu en compte les activités socioculturelles des populations. Au demeurant, le manque d'information, de sensibilisation et l'encrage culturel doublé de représentations construites autour de la gratuité du médicament constituent des éléments forts au cœur de la persistance de l'onchocercose.

7.12. Stratégies économiques capitalistes : facteurs de la persistance de l'onchocercose

L'individualisme ou la primauté des intérêts personnels sur l'intérêt général et collectif est au cœur de la persistance de l'onchocercose. En effet, par des mécanismes de protection des intérêts égoïstes, le financement de la production des médicaments reste maintenu. Les travaux de Bossinesq, M. en 2012, ont indiqué une certaine résistance de l'onchocerca face à l'Ivermectine. Ceci du fait de la longue exposition des populations à ce médicament qui finit par développer des résistances biologiques chez les patients qui absorbent le médicament. Le petit médicament blanc, ainsi que l'appellent quelquefois les populations bamoun des localités

impliquées, reste en première ligne dans la prévention et le traitement de l'onchocercose malgré les observations de cet auteur donc les activités de recherche ethnographiques sur la maladie sont multiple et représentatives. Il y a de quoi se demander ce qui se cache derrière le maintien de ce médicament comme seul moyen de lutte contre la maladie qui ne soit d'ordre économique.

On peut donc comprendre qu'en réalité, l'opacité de la gestion des fonds alloués aux activités de lutte contre l'onchocercose constitue l'un des goulots les plus importants dans la lutte contre l'onchocercose. Dans son rôle de gestion et d'interface entre la communauté et les services de district de santé, un responsable de comité de santé a relevé le caractère égoïste dans la gestion des fonds disponibles pour les activités de santé communautaires qui forcément met en difficulté les Distributeurs Communautaires, membres des comités de santé de gestion.

Malheureusement, je constate que les responsables au niveau Central ne sont pas pour la réussite des programmes. Ça c'est mon point de vue, ça n'engage que moi, ils ne font pas beaucoup pour la réussite des projets. Ils font pour des intérêts individuels. Tu comprends ce que je veux dire... les partenaires ont estimé qu'ils viennent appuyer le Cameroun et dans ce cadre le Cameroun doit faire quelque chose, pour qu'ils soient accompagnés. Ils viennent avec leur accompagnement, ils n'acceptent pas prendre la motivation et la main d'œuvre parce qu'ils estiment que le Cameroun a suffisamment de ressources et est capable de gérer cela. Le Cameroun reste, il ne fait rien. Lorsqu'on donne le Mectizan, la masse d'argent qu'on remet au district, aux chefs d'aires et tout ça, pouvait bien faire fonctionner l'activité. On remet aux concepteurs de la mise en œuvre, aucun franc n'entre dans les mains du DC. Le DC aujourd'hui dans le contexte économique que nous vivons, quelqu'un ne peut pas sacrifier sa semaine entièrement sans avoir de quoi manger pour sortir distribuer le Mectizan. Pourtant on sait que les chefs d'aires reçoivent de l'argent pendant les campagnes. Le chef d'aire ne manque pas un quarante ou un cinquante mille francs. Pendant ce temps le DC n'a même pas cent francs de savon Ils se découragent et ils ne font pas le travail. Ce qui fait que parfois on te dresse un rapport formidable, quand tu es face au rapport tu crois que c'est formidable alors que la couverture n'est pas faite. Et on se contente de cela sans faire d'enquête au préalable parce qu'ils savent ce que peuvent révéler les enquêtes. Voilà la triste réalité de manière résumée. (Entretien réalisé le 12/01/23 à Foubot).

Ce discours fort évocateur qui retient fortement notre attention est délivré par une personnalité régulièrement au centre des actions communautaires sur le terrain. Ces propos sont d'autant plus enrichissants qu'ils tracent la réalité de la gestion des fonds à partir des expériences empiriques plus ou moins réels. Du centre vers la périphérie, les moyens économiques mis à disposition sont utilisés pour des intérêts individuels au détriment des DC, principaux acteurs de la lutte contre l'onchocercose à travers l'approche TIDC qui reste en vigueur. On se rappelle que Schaller, T.C. et Razanamahay, J. (2004), s'inscrivaient déjà dans cette logique capitaliste qui vaudrait que la vaccination, et pour le cas d'espèce, la distribution de l'Ivermectine dans le

cadre de la lutte contre l'onchocercose, souscrive à l'immense empire industriel dans lequel les intérêts individuels se constituent en réalité absolue.

Par ailleurs, dans cette logique marxiste évoquée par ces auteurs, dont la réalité s'observe dans la lutte contre l'onchocercose, nous affirmons dans une perspective de développement communautaire, puisqu'il s'agit en fin de compte de cela, que le concept de développement communautaire en réalité n'existe pas sur le plan pratique. Au contraire ce sont les acteurs qui interviennent dans les activités de développement communautaires qui se développent pendant que la communauté continue de sombrer dans la misère et la maladie. L'exemple de la persistance de l'onchocercose est un fait évocateur en ce sens que les acteurs centraux à la gestion des activités se servent des fonds alloués aux activités de campagne de couverture, tandis qu'au niveau périphérique, les Distributeurs Communautaires sont appelés à travailler sans aucun soutien matériel et financier.

En plus, on comprend par ce témoignage les réalités empiriques qui rendent des décalages réels entre les données officielles de couverture thérapeutique et la vérité sur le terrain. La question de la prise en charge est donc un obstacle majeur à l'évaluation objective de la réalité sur la maladie. *« Pendant ce temps le DC n'a même pas cent francs de savon ils se découragent et ils ne font pas le travail. Ce qui fait que parfois on te dresse un rapport formidable, quand tu es face au rapport tu crois que c'est formidable alors que la couverture n'est pas faite »* voici la réalité de l'objectivité des données qui servent à renseigner les priorités sur la mise en place des stratégies de lutte contre l'onchocercose

7.13. Stratégie de l'OMS pour la lutte contre l'onchocercose

L'OMS prône la chimioprévention intégrée, c'est-à-dire la distribution à grande échelle et à intervalles réguliers des médicaments sûrs et de qualité avérée, seul ou en association, (au Cameroun, pour l'onchocercose, l'Ivermectine encore appelé Mectizan, est distribué chaque année. Pour les zones à forte prévalance, il est souvent associé à la doxycycline dans le cadre des stratégies spécifiques dans des zones aussi spécifiques) destinées au traitement et à la prévention de l'onchocercose, par l'adoption des stratégies à base communautaire (Aubry, P., Gaüzère, B-A. (2017). C'est-à-dire des approches thérapeutiques qui impliquent les membres des communautés dans la gestion du bien-être sanitaire de leurs communautés. En 2014, 70 pays dans le monde ont soumis à l'OMS une demande de médicaments pour la chimioprévention de la filariose lymphatique, des géohelminthiases, de la schistosomiase et particulièrement de l'onchocercose. Cette demande concernait l'albendazole, la

diéthylcarbamazine, le mébendazole, le praziquantel, et particulièrement l'Ivermectine pour l'onchocercose. (Aubry, P. ; Bernard-A.2015 et 2017).

La disparition de ces maladies tropicales négligées dans les pays riches et le processus de décolonisation ont entraîné un recul de la lutte contre ces pathologies malgré différentes résolutions de l'assemblée mondiale de la santé au fur et à mesure des années. (Calon, J. 2016 : 58).

Fort heureusement, avec le réchauffement climatique global qui favorise le risque de résurgence de certains vecteurs jadis disparus dans les pays du Nord, le risque d'un retour de certaines de ces maladies est probable. De ce fait la communauté internationale et l'organisation mondiale de la santé multiplient des efforts pour maîtriser ou éradiquer ces maladies parmi lesquelles l'onchocercose.

7.14. Chimioprévention et couverture de la lutte contre l'onchocercose

Le recours au traitement préventif à l'Ivermectine sous directive communautaire (TIDC) est l'approche de prévention privilégiée de ces dernières années. Mais la couverture de cette approche préventive et thérapeutique reste encore insuffisante dans la mesure où on observe au niveau national une différence entre la couverture géographique et la couverture thérapeutique. En effet en 2014, selon la stratégie sectorielle de santé 2016-2027, le taux de couverture thérapeutique du Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC) au Cameroun était de 79, 84% et le taux de couverture géographique s'élevait à 98,98%. Bien que ces chiffres officiels soient acceptables et dénotent de la réalité de la tendance à l'élimination de cette maladie, les observations empiriques, notamment à Kouoptamo, Massangam et Fosset, remettent en cause ces chiffres au vu des données collectées sur les obstacles de la lutte contre l'onchocercose dans les communautés. La nécessité de comprendre l'insistance et la persistance des maladies tropicales aujourd'hui perçues comme des pathologies culturelles, passe donc par l'analyse des facteurs pouvant les justifier. Vu la persistance de l'onchocercose d'une part et l'inadéquation entre les chiffres officiels de couverture et la réalité sur terrain d'autre part, Il était donc important d'interroger les causes de cette persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Fosset, Kouoptamo et Massangam.

Pour ce qui est des pratiques sanitaires, on observe une bonne disponibilité des formations sanitaires mais l'automédication et l'usage des médecines traditionnelles sont généralement la première intention de soins chez les populations. D'ailleurs il a été remarqué que certains distributeurs étaient en même temps des détenteurs des potions traditionnelles destinées à la prise en soins de l'onchocercose. Les activités de santé publique sont par ailleurs nombreuses et la plus connue des populations au vu de leur régularité est celle de la distribution annuelle du

Mectizan dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose et les autres maladies éponymes existant dans ces localités.

Conclusion

Pour clore ce chapitre qui consistait en l'interprétation des résultats, il faut dire que la présence de l'onchocercose dans les localités de Kouoptamo Fosset et Massangam reste permanente contrairement aux données officielles qui semblent minimiser son ampleur. Le facteur environnemental, les pratiques culturelles locales, la mauvaise prise en charge des acteurs communautaires et la faible implication des structures de dialogue au comité de gestion des activités de santé communautaire, les représentations autour de la gratuité et la peur des effets secondaires, les usages détournés de l'Ivermectine, la mauvaise adaptation des calendriers de chimiothérapie préventive en communauté sont autant de facteurs qui expliquent la persistance de l'onchocercose, devenue une maladie au centre des pratiques culturelles.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Le présent travail sur la « *Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : Cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest -Cameroun* » pose le problème de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun dans les arrondissements de Kouoptamo, Massangam et Fosset, espaces géographiques identifiés comme étant la zone de « hot spot » d'onchocercose à l'Ouest du Cameroun. Le décalage entre les données de la couverture géographique, thérapeutique réelle et les données officielles ne permettant pas toujours renseigner les priorités de manière objective a suscité en nous la curiosité de mener une étude dans le cadre d'une thèse de Doctorat Ph.D. partant de la problématique sur la compréhension des facteurs explicatifs de la persistance de cette maladie malgré les activités de lutte initiées et appliquées depuis plusieurs décennies. Trois approches théoriques en Anthropologie Médicale ont été convoquées afin de déceler les méandres d'une situation de santé publique. Pour documenter notre argumentaire, il a été question de construire un corpus à partir des lectures et des enquêtes de terrain. Cette étude s'est déroulée de 2018 à 2023.

La question principale était la suivante : Quels sont les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun, Région de l'Ouest-Cameroun ? Cette question permettant d'interroger les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose, a conduit à la formulation des questions secondaires suivantes : Quelles sont les perceptions de l'onchocercose chez les Bamoun à kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun ? Quels sont les facteurs institutionnels et organisationnels liés au système de santé qui rendent compte de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun ? Quelles sont les pratiques culturelles qui expliquent la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun ?

À ces différentes questions, des hypothèses ont été formulées pour essayer d'apporter des réponses provisoires aux interrogations qui ont suscités cette recherche. Il s'agit d'abord d'une hypothèse principale à savoir que les facteurs environnementaux, socioculturels, économiques, comportementaux et organisationnels liés aux campagnes de chimioprévention, favorisent la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à kouoptamo, Fosset et Massangam.

Les hypothèses spécifiques qui découlent de cette principale se formulent ainsi qu'il suit : la première est celle selon laquelle chez les Bamoun l'onchocercose est perçue comme une maladie dont les causes sont liées à l'environnement, aux comportements socioculturels.

Elle est également perçue comme une maladie causée par des faits mystiques ou par l'action maléfique d'un individu et dont les différentes thérapies doivent tenir compte de ces causes potentielles. En d'autres termes, en marge de la biomédecine qui perçoit l'onchocercose comme un élément biologique dont la cause est liée à un vecteur transmetteur du mal au corps biologique et physique, chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam à l'Ouest-Cameroun, les causes sont endogènes : environnement, comportements socioculturels, pratiques mystiques ou action maléfique d'un individu, fétiches ou non-respect des droits d'aïnesse. La seconde hypothèse spécifique : Les activités de santé publique liées non seulement à la prévention mais également à l'élimination de l'onchocercose telles que : la distribution du Mectizan par les Distributeurs Communautaires, les campagnes de sensibilisation ne font pas l'unanimité auprès des populations qui refusent ou n'adoptent pas systématiquement certaines mesures de prévention indiquées. Le non-respect des instructions thérapeutiques indiquées par les distributeurs communautaires justifient la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam à l'Ouest-Cameroun. La troisième hypothèse spécifique : Les campagnes de traitement de masse des populations exposées ou atteintes par l'onchocercose n'aboutissent pas, les activités économiques, le mode de vie des populations, les usages culturels du Mectizan, la perception de la maladie et de la stratégie de lutte communautaire appliquées, expliquent la persistance de l'onchocercose.

L'objectif principal est de comprendre les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun, Région de l'Ouest-Cameroun. Cet objectif principal était subdivisé en trois objectifs spécifiques : analyser les perceptions de l'onchocercose chez les Bamoun de kouoptamo, Fosset et Massangam ; décrire les facteurs institutionnels et organisationnels liés au système de santé en matière de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam ; explorer les pratiques culturelles de la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de kouoptamo, Fosset et Massangam ;

L'atteinte de ces objectifs a été possible grâce à la mobilisation d'une approche méthodologique basée sur la méthode qualitative de collecte des données en sciences sociales. La mise en œuvre de cette méthodologie a été faite en trois étapes successives : la recherche documentaire, la collecte des données sur le terrain, l'analyse et l'interprétation des données collectées.

La recherche documentaire a permis de collecter les données secondaires auprès des centres de documentation notamment les bibliothèques universitaires, des centres de documentation privés et les documentations numériques dans des sites internet appropriés. En effet, il a été question de rassembler un corpus de données documentaires qui a permis de faire une revue de la littérature disponible autour du sujet traité directement ou indirectement. Cette recherche a donc favorisé la rédaction du chapitre consacré à la revue de la littérature.

La collecte des données sur le terrain, a permis de collecter les données primaires auprès des informateurs. Elle a permis également de recueillir les données sur les représentations de la maladie en interrogeant les raisons culturelles de la persistance de l'onchocercose. Cette collecte interroge également les facteurs culturels qui influencent la marche effective des programmes thérapeutiques. L'accent est mis sur les logiques culturelles explicatives de la persistance de l'onchocercose, les adaptations ou les usages culturels de l'Ivermectine, les mécanismes de gestion locale et les représentations culturelles de la maladie, les thérapies et les programmes de prévention implémentés dans les communautés.

Les techniques des entretiens individuels approfondis, les récits de vie et les groupes de discussion focalisés (FGD) ont été utilisés. A ces techniques, nous avons adjoint les techniques de photographie ou la prise de vue. Sur le plan pratique, nous nous sommes introduits par la méthode ethnographique dans la vie des populations par de multiples séjours dans les localités de Kouoptamo Fosset et Massangam. Cette activité de terrain nous a permis d'observer et d'interroger les pratiques et les manières de faire et d'agir des populations face à la maladie et face aux campagnes thérapeutiques régulièrement organisées dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose. Les données ainsi collectées ont été transcrites et analysées à travers la technique d'analyse de contenu. Cette approche analytique basée sur l'analyse des corpus de texte ou les verbatims ont permis d'appréhender les facteurs socioculturels, environnementaux et économiques qui expliquent la persistance de l'onchocercose dans les localités cibles de cette étude.

L'Ivermectine, les programmes et les stratégies de lutte élaborés contre l'onchocercose depuis de longues années ont culturellement été adaptés au sein des groupes culturels bamoun. Autrement dit, Le Mectizan ayant longtemps été utilisé et manipulé dans les comportements thérapeutiques face à l'onchocercose, en raison de la dynamique culturelle et des interactions maladie-médecine-culture, s'est découvert d'autres fonctions et par ricochet d'autres usages

culturels différents de l'usage initial qui est celui de prévenir et d'éliminer l'onchocercose en éradiquant les filaires introduites dans l'organisme par la piqure des simulies, or les campagnes continuent et les signes observables de l'élimination de l'onchocercose sont encore loin d'être atteints. L'onchocercose biologiquement perçue est inadéquate aux représentations culturelles endogènes de la maladie. Autrement dit, la perception biomédicale de l'onchocercose ne peut pas forcément être établie en une perception universelle du fait de la pluralité des cultures qui implique la pluralité de perceptions, la pluralité de voie de recours thérapeutiques, la pluralité d'approches et de gestion des programmes au niveau local. Ainsi, l'ethnométhodologie de Harold Garfinkel présenté par Coulon A. (2007), l'approche écologique de Ann Mc Elroy et Patricia K. Townsend (1985), et l'approche culturelle interprétative en anthropologie médicale avec Arthur Kleinman (1970) et Byron Good (1990), sont des approches théoriques qui ont permis de rendre compte de la réalité de la persistance de l'onchocercose au sein du groupe culturel bamoun dans les communautés de fosset, Kouoptamo et Massangam.

Au terme de l'analyse et de l'interprétation des données, toutes les hypothèses émises ont été vérifiées dans la mesure où ces procédés méthodologiques basées sur la collecte, l'analyse et l'interprétation des données primaires et secondaires, ont permis d'aboutir à plusieurs résultats dont les plus importants sont les suivants :

La persistance de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam se justifie par des facteurs liés à l'environnement, le mode de vie des populations, la gestion des programmes de traitement et de prévention qui sont menées dans les communautés. Au niveau de l'environnement, les activités socioéconomiques, notamment l'agriculture maraichère très développée dans ces localités, la pêche, s'exercent dans des milieux environnementaux favorables à l'exposition aux piqures de la similie, vecteur de l'onchocercose. Le couvert végétal et le réseau hydrographique de ces localités favorisent la présence du vecteur qui transmet de façon permanente la maladie aux populations à travers des piqures régulières.

Bien plus, les données de couverture enregistrées n'expriment pas toujours la réalité de la couverture géographique et thérapeutique. Ce qui ne permet pas la bonne orientation des stratégies pour véritablement atteindre les objectifs de la lutte contre l'onchocercose. Cette situation s'explique principalement par l'irrégularité dans la gestion globale des activités de santé communautaires, notamment la couverture thérapeutique et géographique et la prise en charge des acteurs impliqués, principalement les distributeurs communautaires.

Chez les populations de Kouoptamo, Fosset et Massangam, beaucoup d'habitants ont découvert d'autres propriétés du médicament et l'utilisent beaucoup plus à ces fins. Les usages du médicament sont ainsi multiples et les plus connus et appliqués par les populations sont les usages dans les pratiques d'élevage des animaux domestiques (volaille et petit ruminants), les utilisations à des fins de traitement des cheveux dans le but d'éliminer les poux et d'autres parasites du cuir chevelu chez les femmes.

Le non ou la mauvaise prise en charge des distributeurs communautaires, principaux acteurs du TIDC a pour conséquence la fabrication des rapports de couverture, le détournement des médicaments destinés à la chimiothérapie et la vente de ces médicaments. En effet, les distributeurs communautaires, faute de prise en charge et face à l'exigence des rapports, produisent des chiffres fictifs pour satisfaire les exigences des chefs des aires de santé qui les évaluent uniquement sur les rapports produits. Ils ne parviennent pas à atteindre la couverture géographique et thérapeutique réelle et les données sont faussement remplies sur les registres de distribution.

Par ailleurs, compte tenu de leur non prise en charge pour le travail qui leur a été confié, on assiste à une démission massive des distributeurs communautaires dans les activités de lutte contre l'onchocercose. Comme le présentent les données, les DC refusent désormais de participer aux campagnes de chimiothérapie préventive à l'Ivermectine en tant que distributeurs. Les raisons évoquées sont multiples et les principales sont liées à leur rémunération due à l'absence de contribution de la part des populations bénéficiaires. Lorsqu'ils démissionnent, les responsables des aires de santé procèdent au recrutement de certains personnels de santé (stagiaires, agents d'entretien et autres) pour la distribution du Mectizan dans les communautés. Ces personnels par leur faible maîtrise du milieu géographique de distribution, ne parviennent qu'à couvrir qu'une partie de la communauté dans la zone infectée par la maladie. À ceci s'ajoute le refus des populations à accepter des personnes inconnues dans leurs communautés pour la distribution. Cette situation rend ainsi compte de l'insuffisance réelle de la couverture géographique et thérapeutique de l'Ivermectine.

Hormis la démission des distributeurs de leurs activité de lutte, la peur des effets secondaires alimentée par les perceptions et les représentations faites autour des méthodes de préventions thérapeutiques à travers les campagnes de masse est l'une des causes du refus d'adhésion des populations à la consommation de l'Ivermectine pour la prévention et l'élimination de l'onchocercose. Dans nos sociétés, depuis toujours, les populations ont

manifesté une certaine réticence face à la gratuité des campagnes de vaccination organisées en masse dans les communautés. Cette situation déjà documentée par plusieurs chercheurs dans plusieurs domaines de la santé communautaire principalement les programmes de vaccination, continue d'animer les mentalités et les manières d'agir des populations sur le refus de l'Ivermectine dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam.

En plus de cette réticence due à la gratuité du Mectizan, l'imperfection dans l'application des principes de l'approche TIDC reste un facteur non négligeable contribuant à la non élimination de l'onchocercose. En réalité, certaines recommandations de l'approche Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire ne sont pas prises en compte et même appliquées comme prévu. C'est l'exemple du choix du DC et le contrôle de la prise du médicament au moment de son administration par ce dernier, la sensibilisation et le recensement avant distribution. Pour ce qui est particulièrement du choix du DC, il est recommandé que celui-ci soit un membre de la communauté sélectionné par la communauté elle-même à travers les chefs de communauté. Sur le terrain par contre, les données montrent que ce dernier est sélectionné par les responsables des aires de santé selon des critères parfois aléatoires et subjectives. Cette formule dans le choix des distributeurs dénote également la non implication des communautés dans la gestion de leur santé et par conséquent le désintérêt manifeste de ces populations face aux activités de lutte contre l'onchocercose. En définitive, il faut dire que la mise en œuvre du Traitement à l'Ivermectine sous Directives Communautaires (TIDC), connaît des faiblesses qui aujourd'hui présentent des obstacles dans la stratégie idéale de lutte contre l'onchocercose telle qu'elle a été proclamée par APOC. Ces difficultés se résument donc dans la faible communication, le choix et la formation des DC, le faible respect des prescriptions liées à la dispensation communautaire des médicaments, autrement dit à leur correcte administration et à la couverture effective des soins à tous les membres des communautés.

À ces résultats qui expliquent la persistance de l'onchocercose chez les Bamoun des zones d'étude, s'ajoutent, l'absence et l'indisponibilité des populations en période de distribution du médicament. Cela est souvent dû à certains facteurs comme la religion et l'inadéquation entre la période de distribution et la période des activités agricoles. La distribution arbitraire du médicament par les DC, compte tenu de la qualité des relations entre eux et les populations, impacte sur la prise du médicament même lorsque celles-ci le sollicitent.

Au regard de ces différents résultats, il faut dire que les hypothèses du départ ont été vérifiées et nous trouvons en ces résultats les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam dans le département du Noun à l'Ouest-Cameroun.

Cette recherche présente alors un double apport scientifique et pratique. Sur le plan scientifique, cette étude située dans le champ de l'Anthropologie médicale, qui étudie les questions de santé en intégrant les manières de penser, de se construire, de percevoir ou de se représenter la santé ou la maladie par les membres d'un groupe culturel. Elle a permis d'identifier les relations entre l'onchocercose, les comportements et les pratiques culturelles, le mode de vie local des populations des zones géographiques étudiées et l'environnement. Elle a ainsi donné la possibilité de découvrir dans les interactions culturelles les facteurs explicatifs de la persistance de l'onchocercose à travers les pratiques culturelles qui font obstacle à l'élimination des pathologies tropicales en général et de l'onchocercose en particulier.

Sur le plan pratique, les résultats de cette thèse pourront être mis à contribution pour revoir le TIDC et améliorer les stratégies déployées pour la lutte contre l'onchocercose et les maladies tropicales négligées chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun voire les autres zones endémiques du Cameroun. En réalité, de façon pratique, ce travail permet de comprendre l'importance de l'approche culturelle dans la mise en œuvre des programmes de santé. Plus spécifiquement, il permet de comprendre l'ancrage et l'influence de la culture sur les programmes de santé et comment est-ce que les communautés arrivent à adapter les éléments nouveaux à leur mode de vie en s'attribuant de nouvelles fonctions et usages culturels. L'étude permet aussi d'analyser les comportements humains face à la gestion des programmes de santé comme élément fondamental pour l'atteinte des objectifs de la lutte contre l'onchocercose. Aussi est-il important de mettre la culture au centre des actions pratiques de santé communautaire pour les rendre plus efficaces.

BIBLIOGRAPHIE

• OUVRAGES GÉNÉRAUX

Amiel, P., (2013), *Ethnométhodologie appliquée : éléments de sociologie praxéologique*. Presses du Lama.

Auge, M., (1994), *Le sens des autres. Actualité de l'Anthropologie*. Paris. Fayard

Bachelard, G., (1970), *La formation de l'esprit scientifique*, Paris, Vrin, 7^{ème} édition.

Bourdieu P., (1998), *La domination masculine*. Paris, Seuil.

Bourdieu, P. (1979), *La distinction*. Paris, Les Éditions de Minuit.

Changeux J.-P. (dir), (1997) *Une même éthique pour tous ?* Paris, Comité consultatif national d'éthique, Odile Jacob.

Colleyn, J-P., (1990), *Élément d'Anthropologie sociale et culturelle*. Bruxelles : Edition de l'Université de Bruxelles.

Coulon, A., (2007), *L'ethnométhodologie. Que sais-je ?* Paris P.U.F

De Garine, I., (1990), *Adaptation biologique et bien-être psychoculturel*. Bulletin et mémoire de la société d'Anthropologie. Paris.

De Rosny, E., (éd) (1981), *Les Yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays Douala (Cameroun)*. Paris, Plon.

Deliège, R., (2006), *Une histoire de l'Anthropologie*. Écoles, auteurs, théories. Édition seuil.

Edongo Ntede, P. F., (2010), *Ethnologie des punitions en Afrique*, Paris. L'Harmattan.

Fassin, D., (1996), *L'Espace politique de la santé. Essai de généalogie*. Paris. PUF.

Garfinkel, H., (1987), *Studies in Ethnomethodology*. New Jersey, printice all

Gérin, M., et al., (2003), *Environnement et santé publique : fondements et pratiques*. Paris, Edition Tec et Doc.

Goody J., (1979), *La raison graphique. Domestication de la pensée sauvage*, Minuit, Paris, 1^{ère} édition anglaise 1977.

Hours B., (1987), *L'état sorcier, Santé publique et société au Cameroun*, Harmattan, Paris.

Hubert, A., (éd) (2004), *Corps de femmes sous influence. Questionner les normes*. Paris. Les cahiers de L'OCHA.

- Izard M., (2001), *Préface à Cl. Lévi-Strauss, Race et histoire. Race et culture*, Albin Michel/éditions Unesco, Bibliothèque Idées
- Jodelet D., (1984), « *Les représentations sociales : phénomène, concepts et théories* » In Moscovici S., *Psychologie sociale*. Paris, PUF. pp.357-378.
- Laburthe-Tolra, P., (1985). *Initiation et sociétés secrètes au Cameroun, essai sur la religion Beti*, Paris, Karthala.
- Laburthe-Tolra, P. et al., (1991), *Fang*. Paris. Dapper
- Laburthe-Tolra, P. et al., (1993), *Ethnologie Anthropologie*. Paris. P.U.F
- Lacub M., (2002), *Penser les droits de la naissance*, Paris, Puf, coll. Questions d'éthique.
- Laplantine, F., (1986), *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris. Payot.
- Laplantine, F., (1987), *L'Anthropologie*. Paris. Ed. SEGHIERS.
- Levi-Strauss, C., (1962), *La pensée sauvage*, Plon, Paris.
- Levi-Strauss, C., (1967), *Les structures élémentaires de parenté* (2^{ème} édition). Paris Mouton et Co et Maison des sciences de l'homme.
- Lombard, J., (1995), *Introduction à l'Anthropologie*. Paris. Armand colin.
- Mausse, M., (1997), *Sociologie, Anthropologie*. Paris, P.U.F
- Mbog Bassong, (2010), *La Pensée Africaine*, Yaoundé, Paris, l'Harmattan
- Mbonji, Edjenguèlè., (1988), *Les cultures de développement en Afrique, Essai sur l'impossible développement sans révolution culturelle*. Yaoundé. OSIRIS-AFRICA.
- Mbonji, Edjenguèlè., (2000), *Les cultures vérité. Le soi et l'autre. Ethnologie d'une relation d'exclusion*. Yaoundé. Ed. ETOILE.
- Mbonji, Edjenguèlè., (2001), *La science des sciences humaines. L'anthropologie au péril des cultures ?* Yaoundé, éd. Étoile.
- Mbonji, Edjenguèlè., (2006), *Morts et vivants en Négro-culture. Culte ou entraide ?* Yaoundé. P.Y.U
- Mondher, K., (1992), *Introduction à l'Anthropologie*. éd. Payot Lausanne.
- Morel, G., (1977), *Question d'homme : L'autre*. Paris. Aubier-Montaigne.
- Ombolo J. P., (1990), *Sexe et société en Afrique noire*, Paris, L'Harmattan, 395p.
- Piault C., (1975), *Prophétisme et thérapeutique*, Hermann, Paris.

Pitt. D. C. (éd) (Sans date) *Development from below anthropologists and development situations*. Paris. Mouton publishers/la Hague.

Rivière, C., (1995) *Introduction à l'Anthropologie*. Paris, Hachette

Rocher G., (1992), *Introduction à la sociologie générale*. Montréal. Éditions Hurtubise HMH.

Simo, D., (dir), (2006) *Constructions Identitaires en Afrique : Enjeux, stratégies et conséquences*. Yaoundé, Editions CLE.

Socpa, A. (2002) *Démocratisation et autochtonie au Cameroun*. Munster, Lit vertag.

Surault P., (1979), *L'inégalité devant la mort*, Economica, Paris.

Vallin J. & Lopez A., (1985), *La lutte contre la mort*, Travaux et documents no 108, INED-PUF, Paris.

• OUVRAGES SPÉCIFIQUES

Adam, Ph. et Herzlich, C. (2004), *Sociologies de la maladie et de la Médecine*. Paris. Armand Colin

Auge, M. et Herzlich, C. (dir.), (1984) *Le sens du mal ; Anthropologie, histoire, sociologie de la Maladie*. Paris, Pari Edition des Archives Contemporaines.

Benoist, J., (1968) *Esquisse d'une biologie de l'homme social*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

Benoist, J., (1996), *Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical*. Paris. Karthala

Bovina B. I., (2006) *Représentation de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes : « forces » versus « faiblesses »*. Université de Moscou.

Brouwer (de), L., (1997), *Vaccination : erreur du siècle*. Dangers et conséquences, st Zénon, Québec, Canada, Edition Louise Courteau.

Chippaux J-P. Bossinesq M., et al.,(1997), *Incidence de l'onchocercose chez les sujets provenant des regions non endémiques et migrants dans une zone hyperendémique*.

Coppo, P., et Keita, A., (1990), *Médecine traditionnelle : acteurs, itinéraires thérapeutiques*. S.L. Edizioni.

De Sardan, O. J.-P., et Ridde V., (Dir) , (2005), *Une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*. Paris, Karthala.

Doris, B. (éd), (2003), *L'éthique médicale dans les pays en développement*. Paris, autrement/IRD-Edition de l'aube. Autrepart

Fainzang, S., (1986), *L'intérieur des choses : maladies, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina Faso*. Paris, l'Harmattan.

Georget, M. et Cornilo, P., (2007), *les vaccins. Les vérités indésirables*, Edition Dangeles.

Guillaume, L. (Sans date) *Le médicament qui devait sauver l'Afrique : Un scandale pharmaceutique aux colonies*. La découverte.

Kleinman, A., (1980), *Patients and healers in the context of culture*. California. University Of California Press LTD: London.

Labusquiere, R., (1974), *Santé rurale et médecine préventive en Afrique : stratégie à proposer aux principales affections*. Impr, Saint-Paul, Bar-le-Duc, France.

Laplantine, F., (1992) *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentation étiologique et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*. Paris. Éditions Payot.

Mbonji, E., (2009), *Santé, maladies et médecines africaines. Plaidoyer pour l'autre tradipratique*. Yaoundé. Presse Universitaires de Yaoundé.

Mc Elroy, A. and Townsend, K. P., (1985), *Médical Anthropology in Ecological Perspective*. London Western Press.

Mongbet Lamare, M. (1975), *La médecine bamoun*. Yaoundé, LAMARO.

Philippe, A., Herzlich, C., (2007), *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris. Armand Colin.

Rivers W.H.R., (1924), *Medicine, magic and religion*, Harcourt and Brace, New York.

Schaller, C-T et Razanamahay, J., (2004), *Les vaccins sont des poisons*. Paris, Coll : la vie en Poche, Editions Virez soleil.

Scohy, A., (2000), *Les discours des vaccinations. Doit-on se faire vacciner ?*

Tiokou Ndonko, F. et Schmidt-Ehry, B., (2000), *Les vaccins stérilisants au Cameroun. Étude rétrospective d'une rumeur*. Yaoundé, Edition Clé.

• OUVRAGES DE MÉTHODOLOGIE

Aktouf, O., (1987), *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec

Aktouf, O., (1992), *Méthodologie des sciences sociales et approches quantitatives des organisations*. Québec, Presse Universitaire du Québec.

Bachelard, G., (1934), *La formation de l'esprit scientifique Contribution à une psychanalyse de la connaissance objective*. Paris : Librairie philosophique J. VRIN, 5^{ème} édition

Beaud, M., (2003 (1985)) *L'art de la thèse*. La Découverte, coll. Guides Repères, Paris.

De Sardan, O. J.-P., (2008), *La rigueur du Qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-Anthropologique*, Paris, Academia Bruylant.

Dépelteau, F., (2003), *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Canada, presse de l'université Laval.

Durkheim, E., (1891), *Les règles de la méthode sociologique*. Paris : P.U.F

Farrugia, F. (dir.), (2005), *Le terrain et son interprétation ; Enquêtes, comptes rendus, interprétations*. Paris, l'Harmattan.

Fauvel, M., (2002), *Résumé de Quivy R. Van Campenhoudt L. 95, « manuel de recherche en science sociales » Dunod ; cours de TC5 du DEA de l'intergroupe des écoles Centrales. 11/2002.*

Gauthier B., (dir), (2003), *Recherche sociale ; de la problématique à la collecte des données*. Presses de l'université du Québec

Grawitz, M. (2004), *Lexique des sciences sociales*. 8^{ème} éd. Paris. Dalloz

Hountondji, P. (éd), (1994), *Les savoirs endogènes. Pistes pour une recherche*. Paris, Karthala/codesria

Hubert, D., (2002), *L'éthique de la recherche ; guide pour le chercheur en science de la santé*. Québec, Presses universitaires de Montréal

Jean-Claude C., (2007), *La méthode en sociologie*, (5^{ième} édition). Paris la découverte.

Laplantine, F. (1996), *La description ethnographique*. Paris. Nathan.

Loubet Del Bayle, J-L., (2000), *Initiation aux méthodes des sciences sociales*. Paris, L'Harmattan.

- Loubet Del Bayle, J-L., (1998), *Initiation pratique à la recherche documentaire*, Paris, L'Harmattan,
- Mace, G., (1988), *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*, Québec, les presses de l'université Laval.
- Malouin, E., (2002), *Éthique de la recherche sociale*. Fonds de recherche sur la société et la culture, Québec.
- Mauss, M., (1967), *Manuel d'ethnographie*, Paris, Edition Payot.
- Mbonji, E., (2005), *L'Ethno-perspective ou la méthode de L'ethno-anthropologie culturelle*, Yaoundé. PUY.
- Nkoum, B. A., (2012), *Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle*, Yaoundé, Presses de l'UCAC.
- Paille, P. (Dir), (2006), *La méthodologie qualitative, posture de Recherche et de travail de terrain*. Paris, Armand Colin.
- Quivy, R., Campenhoudt, L.V., (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod.
- Tremblay M.-A., (1968) *Initiation à la recherche dans les sciences humaines*. Montréal

• ARTICLES ET REVUES SCIENTIFIQUES

- APOC (2003 c), *Guide pour la réalisation d'une évaluation de durabilité d'un projet d'APOC*. Projet TIDC.
- APOC (2003b), *Instruments d'évaluation de la durabilité des projets TIDC*, Ouagadougou
- APOC (2003d), *Procédure pour l'évaluation de plans de durabilité de projets TIDC pour APOC (2^{ième} et 3^{ième} années)*, Ouagadougou (Burkina Faso).
- APOC, (2003a). *Le guide pour l'évaluation de la durabilité des projets TIDC*, Ouagadougou.
- APOC., (Sd), *Cadre conceptuel et opérationnel de l'élimination de l'onchocercose par le traitement à l'Ivermectine*.
- APOC., (Sd), *La Bataille victorieuse de APOC contre le vecteur de la cécité des rivières*
- APOC., (Sd), *Plan stratégique transfrontalier d'élimination de l'onchocercose 2013-2017 ; pour les pays du bloc centre de l'APOC : Cameroun-Centrafrrique-Tchad*.
- APOC., (Sd), *Rapport technique annuel du projet TIDC du Cameroun*.

- APOC., (Sd), Rapports annuels d'activités de lutte contre la filariose lymphatique du Cameroun
- Aubry, P., Gaüzère, B-A., (2015), *Maladies tropicales négligées Actualités 2015*. En ligne le 03/10/2015, consulté le 23/06/2017
- Aubry, P., Gaüzère, B-A., (2017), *Maladies Tropicales Négligées*, Actualité 2017. En ligne le 30/10/2017. Consulté le 12/04/2018
- Audy, S., (2004), *Rédiger un formulaire de consentement respectueux de l'autonomie des sujets pressentis : une mission impossible ?* Pour le compte du CLÉRUM.
- Auge, M., (1984), « *Ordre biologique, ordre social ; la maladie, forme élémentaire de l'évènement* ». In le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, sous la direction de Auge, M., et Herzlich, C. Paris, Édition des archives contemporaines. Pp 35-91.
- Banque Mondiale-Cameroun, (2018), Rapport de suivi de 100 indicateurs de la santé.
- Barges, A., (1996), « *Entre conformisme et changement : le monde de la lèpre au Mali* » In Benoist, J., (1996) *Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical*. Paris. Karthala. Pp 268-298.
- Beauvilain, A. 1989. *Nord-Cameroun : crise et peuplement*, Coutances : Claude Bellée, tome 1, p 211
- Benoist, J., (1966), « *Du social au biologique : étude de quelques interactions* », l'Homme, 6. Pp 5-26.
- Benoist, J., (1981), « *Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale* » In revue Anthropologie et société. Int.5 n°2 1981. Québec Université de Laval. Pp 5-15.
- Bissian Y. et al., (1986), *L'Ivermectine (MK-933) dans le traitement de l'onchocercose, son incidence sur la transmission d'onchocerca volvulus en savane soudanaise au Mali*. In Médecine d'Afrique noire, 32,2, Pp: 81-93.
- Bissian Y. et al., (1995), « *Drastic reduction of populations of similium sirbonum (Diptera: simuliidae) in central sierra léone after 5 years of carviciding operators by the onchocerciasis control program* ». Ann. Trop. Med. Parasitol. 89, N°1, pp : 63-73
- Boussinesq, M., 1991. *Etude épidémiologique de l'onchocercose. Effets d'un traitement de masse par l'Ivermectine*. Thèse de Doctorat en parasitologie, Université de Montpellier.
- Boussinesq, M., (1991), *Répartition de l'onchocercose dans les états de l'OCEAC* : Revu de la littérature. Bull.liais.doc. -OCEAC n°98 Septembre 1991.

- Boussinesq, M., (1997), « *L'onchocercose humaine en Afrique* ». In Med. Trop. 57 : 389-400.
- Boussinesq, M., (1998), « *Contribution du Mectizan à la transmission de l'onchocercose : impact sur la transmission après huit années de traitement* ». Cahiers santé, 8 : 20-24.
- Boussinesq, M., (2012), *Filarioses sémiologiques, épidémiologie et programmes de lutte*. Paris, Montpellier, IRD; UMI-233.
- Boussinesq, M., Gardon, J., Kamgno, J. 2001. *Relationship between the prevalence and intensity of loa loa in the central province of Cameroon*. Ann Trop. Med. Parasitol ? 95 : 495-507.
- Bruxelles santé, (2006), *Représentation de la santé et de la maladie*. Actes du colloque organisé à Bruxelles le 12 décembre 2005 par l'ASBL
- Buisson, Y. 2019. *Lutter contre les maladies tropicales négligées : un projet francophone*, Académie
- Byron G., et Delvecchio-G., Marie-Jo (1980), « *the Meaning of symptoms: a Cultural Hermeneutic Model for Medical Practice* », In L. Eisenberg et A. Kleinmann (eds), *The relevance of Social Science for Médecine*, D. Reidel, 1980, pp. 165-196.
- CÉGEP de Saint-Laurent, (2009) *Politique institutionnelle d'éthique de la recherche avec des êtres humains*
- Charmillot, M., (2014), « Des maladies comme objets de recherche en sciences sociales : perspective épistémologique et éthique », *Socio-logos*, mis en ligne le 20 avril 2014. Consulté le 05 mai 2019.
- Chipeau, J-P., et al. (1995), *Apport de l'Ivermectine dans le control de l'onchocercose*. In cahier santé, Pp 149-158
- Chippaux, J.P, Boussinesq, M., et Prd'hon, J. (1995). *Apport de l'Ivermective dans le contrôle de l'onchocercose*, Cahiers, Santé ; 149-58.
- Chowdhury, A. B, et al. (1968), "*The prevalence of intestinal Helminth in religions group of rural community near Calcutta*", American Journal of epidemiology. 87, 313-317.
- Con teh, L., Engels, T., Molyneux, D.H. (2010). *Socioeconomic aspects of neglected tropical diseases*. The Lancet, 3756 (9710), 239-247. Doi :10 :1016/s0140-6736 (09) 61422-7
- Coulaud, J. P., et al., (1983), *Traitement de l'onchocercose humaine par l'Ivermectine*. In *Bulletin société pathologie exotique*, 76, Pp. 681-688

Crump, A. et al. (2012), *The onchocerciasis: from the beginning to the end?* Trends in parasitology, Vol. 28. Issue 7. Pp 280-288.

Dangmo Tabouli, 2020. « Les facteurs de pérennisation des Maladies Tropicales Négligées dans l'Extrême-Nord camerounais (XIX è siècle) », in *Revue Espace Territoire Société et Santé*, Vol. 3-N° 6, pp. 233-250.

DLM/MSP, (2012-2016), Plan directeur de la lutte contre les maladies tropicales négligées au Cameroun.

Donfack, J. et al., (1999), *Variations sous contrôle génétique de l'infection onchocerquienne en fonction du profil clinique dans les foyers endémiques du Cameroun*. In bull. Soc. Pathol. exot. 92,2, pp 85-90.

Duke, B. O. L., (1990), *Onchocerciasis (river Blindness). can It be eradicated?* In Parasitology today, 6, N°3, Pp 82-84.

EHESS, Paris., (1985), « La maladie et ses causes. Introduction », *L'Ethnologie*, 2, 13-44.

Ellena, L., (2005), *Interprétation littéraire du monde et savoir scientifique*. In Farrugia, F. 2005. Le terrain et son interprétation ; Enquêtes, comptes rendus, interprétations. Paris, l'Harmattan. (Pp 93-100)

Epée Emiliene et al (2014). « *Lésions Oculaires de l'Onchocercose et Observance au traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaires* ». In Health sci. Dis: Vol 15 (2) April-May-June 2014. Available at www.hsd-Fmsb.org

Fainzan, S., (2002), « les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse ». In Massé, R. et Benoist, J.(dir) (2002), convocation thérapeutique du sacré. Paris. Karthala.

Fassin, D., (1990), «Maladie et médecine.» In Didier Fassin et Yanick Jaffré, 1990. Sociétés, développement et santé. Paris : les éditions Ellipses. Pp 38-49

Gaxote, P., (1998), *L'onchocercose et programme Mectizan*. In cahier santé, 8 : Pp 9-11

Grégory, F., (2008), Le parasite de l'onchocercose donne des signes de résistance. In IRD, actualité scientifique, *Fiche N°286-Janvier 2008*.

Gruenais M.E. & Mayala D., 1988 « Comment se débarrasser de l'efficacité symbolique de la médecine traditionnelle », *Politique africaine*, 31, 51-61.

Haut Conseil de la santé publique, (2011), Les maladies infectieuses émergentes : état de la situation et perspectives. Collection Avis et Rapport

Herder, S., (1996), *Variabilité génétique d'onchocerca volvulus (leuckart 1893. Relations avec les facies épidémiologiques de l'onchocercose.*, Paris, édition ORSTOM, microfiche n°145.

Herry, K., (2001), *Approche interculturelle des attributions causales de la maladie*. Actes du 8^{ème} congrès de l'association pour la recherche interculturelle (ARIC). Université de Genève 24-28 septembre 2001.

Herzlich, C., (1984), « *Médecine moderne et quête de sens : la maladie, signifiant sociale* ». In AUGÉ, M., et HERZLICH, C. (1984) *Le sens du mal : Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris Edition des Archives Contemporaines. 189-215.

Hotez, P.J. et al. « *Incorporating a rapid impact package for neglected tropical diseases with programs for HIV/AIDS, tuberculosis and malaria* », 2006

Hougard J.M., et al., (1996), *Aerial control of "river blindness" in West Africa*. A.G. *Pilot International*, Pp.16-22.

Hougard, J. M. et al., (1990), « *Lutte contre les vecteurs de l'onchocercose aux alentours du camp des réfugiés situés en zone de savane du Cameroun* ». In Ann. Soc. Belge. Med. Trop. 70, P203-211

Hougard, J. M. et al., (1998) « *Contribution du Mectizan au contrôle de l'onchocercose. Impact sur la transmission : bilan de neuf années d'opérations en Afrique de l'Ouest* ». In Cahier santé. 8(1) : 15-9

Hougard, J.M. et Quilévéré, D., (1991) « *Le rôle de la lutte contre les simuliés en Afrique centrale avec un accent particulier sur la formation* ». In Bull. liais. Doc. - OCEAC no 98 Décembre1991

Hougard, J.M., Pangalet, P. Gaston, Z., et al., (1994) « *La lutte contre les vecteurs de l'onchocercose en Afrique de l'Ouest : description d'une logistique adaptée à un programme de santé publique de grande envergure* ». In Cahiers Santé 1994 ; 4 : 389-98

Houna, A. 2014. *Étude des effets indésirables des médicaments utilisés lors des campagnes de lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN)*. Thèse de Doctorat en médecine et d'odontomatologie. Université des sciences, des techniques et des technologies, Bamako, Mali.

INS-Cameroun, (2011), *Annuaire statistique du Cameroun*

INS-Cameroun, (2015), *Annuaire statistique du Cameroun*

Jodelet, D., (2006), *Culture et pratiques de santé*, In nouvelle revue de psychologie, n°1, Pp. 219-239.

Kamga, G. –R, Dissack Delon, F. N, Nana-Djeunga, H.C, BIHOLONG, B.D, Ghogomu, S.M, Souopgui J, Kamgno, J; Robert, A. 2018. *Audit of community-directed treatment with ivermectin (CDTT) for onchocerciasis and factors associated with adherence in tree regions of Cameroon. Parasites vectors.* 11. 356. Crossref, Pubmed.

Kamgno. J., Pion, S.D., Chesnais, C.B., Bakalar, M.H., D'Ambrosio, M.V., Mackenzie, M.D. 2017. A “test and not-treat strategy for onchocerciasis” in *Loa-Endemic Area N Engl J Med*, 377 (21), 2044-2052 Nov 23 PMID; 2911689 PMCID: PMC5629452 DOI: 10. 10. 1056/NEJMOA 1705026

Kleinman, A., (1978), “*concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*”, in social Science and Medecine, n°12, P.85-93.

Kleinmann A., (1978), « *Concepts and a model for the comparison of medical systems* », *Social science and Medicine*, 12, 26

Laplantine, F., (1989), *Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminé à la lumière d'une expérience brésilienne* » In Jodelet, D., (éd) les représentations sociales, Paris PUF.

Lepori, A-S, (2013). « L'onchocercose : données actuelles et nouvel horizon thérapeutique : rôle de la docycycline dans le traitement de l'onchocercose. Sciences pharmaceutiques . 2013 hal-01732568

M'bokolo, E., (1984), « Histoire des maladies, histoire et maladie » » In AUGE, M., et Herzlich, C. (1984) *Le sens du mal : Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Pari Edition des Archives Contemporaines. Pp 155-186.

Massé R., (2000), « *Les limites d'une approche essentialiste des ethnoéthiques. Pour un relativisme éthique critique* », *Anthropologie et Société*, Numéro spécial *Anthropologie, relativisme éthique et santé*.

Massé, R., (1995), « *Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : cas du role étiologique de l'isolement social* ». In *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*. Vol 2, N° 1, 1995. Pp. 102-117.

Mebenga Tamba L., (2010), “*le rôle de l'Anthropologie et de la sociologie dans les projets de traitement communautaire de l'Onchocercose*. » In Valentin NGA NDONGO V., et Emmanuel KAMDEM., (2010). « *la sociologie Aujourd'hui : une perspective africaine* ». Paris l'Harmattan.

Mimani, P., (1984), « *Aspects de la recherche dans le domaine des sciences sociales et de la médecine* », *L'Homme*, 22, 93-104.

Ministère De La Santé Publique, (2009) *Normes et standards du programme élargi de vaccination*. Yaoundé, MINSANTE.

MINSANTE, (2011). Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2015).

MINSANTE, (2016). Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027.

MINSANTE, (2020). Plan directeur d'élimination de maladies tropicale Négligées au Cameroun 2020-2024.

MINSANTE, (2022). Plan stratégique d'élimination de l'Onchocercose au Cameroun 2022-2026.

MINSANTE/ONSP, (2016). Profil sanitaire analytique 2016 - Cameroun.

MINSANTE/PNLCé, (2019). Rapport de l'enquête de surveillance trachome dans 21 DS de santé des régions de l'Extrême-Nord et du Nord, Août 2019.

Mouchet J., Carnevale P., Frezil J. L. et Brengues J., (1989). *Maladies tropicales transmissibles*, Ed. AUPELF-UREF, John Libbey Eurotext, Paris, p. 39-45.

Mouchet, J., (1986). *L'onchocercose, ou cécité des rivières*. In Revue du Palais de la Découverte - Vol. 14 - No 138.

Moulin, A. M. (2010). « *Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé : un regard épistémologique* », *Anthropologie et santé* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 31 octobre 2010, consulté le 05 septembre 2018.

Msellati, Ph., (2003). Compte rendu de la troisième conférence de l'initiative panafricaine de bioéthique : une conférence internationale sur les bonnes pratiques en recherche en santé en Afrique, 28-30 avril 2003, Addis-Abeba, Éthiopie.

Ngima Mawoung, G. (2011). « Les sciences sociales au secours des sciences infirmières : la problématique de l'administration du Mectizan au Cameroun, au Congo Brazza, en République Démocratique du Congo, au Tchad » in *Santé plurielle en Afrique : perspective pluridisciplinaire*, pp 301-315, Paris, Harmattan.

Ngo Tonye. A., Nkoum, A. B. 2021. « Déterminants de la faible prise du Mectizan lors de la distribution de masse dans l'aire de santé de Ngoassé (Région du Sud-Cameroun » in *TROPIQUES SANTE, Revue scientifique de l'École des Sciences de la Santé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale*. PUC, Yaoundé, N° 8, PP. 37-54.

Niama A C, Ndziessi G, Hemilembolo M, Nkodia A, Missamou F, et Kitembo L. 2019. « prévalence et charge microfilarienne de l'onchocercose dans le foyer du bassin du fleuve kouilou-Niari en République démocratique du Congo » in *healtt science and diseases*. Page 107-111.

Odze, R., (1983) *Étiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*. Premier colloque national d'anthropologie médicale (Paris, 28-30 novembre 1983).

Ogbuagu, K, F., Eneanya, C.I. (1998). *A multi-centre study of the effect of Mectizan treatment on onchocercal skin disease; clinical findings*. Am Trop Med Parasitol.

OMS, (2017). *Onchocercose : lignes directrices pour l'arrêt de l'administration de masse de médicaments et la vérification de l'élimination de l'onchocercose humaine*. Critères et procédures.

OMS. (2015). Relevé hebdomadaire. Repéré sur <http://www.who.int/wer>

OMS., (2010). *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. First WHO report on neglected tropical diseases.

OMS., (2013) *Background Report on Neglected Tropical Diseases*.

OMS., (2013) *Plan stratégique pour la lutte contre la maladie tropicale négligée 2014-2020*.

OMS., (2013). *Stratégie régionale sur les Maladies Tropicales Négligées 2014-2020*.

OMS., (2021) ; *Feuille de route pour les maladies tropicales négligées 2021-2030*. Rapport du Directeur général.

OMS., (Sd). *Onchocercose ou cécité des rivières*. Aide-mémoire N°95. En ligne, consulté le 10 mai 2019.

OMS., (1995). *L'onchocercose et la lutte anti-onchocerquienne. Rapport d'un comité d'experts de la lutte anti-onchocerquienne*. OMS, série de rapports techniques n°855, OMS Genève.

OMS/APOC, (2007), *Redynamiser les soins de santé en Afrique sub-Saharienne*.

OMS/APOC. (2007). *Rapport de la vingt-quatrième session du comité consultatif technique (CCT) Ouagadougou 12 au 16 mars 2007*.

Paris, F, et Pokam, J. 1984. *Géographie de l'Onchocercose au Nord-Cameroun : les foyers de Djoumte et de Koza*, Doc. Multigr., DGRST/ORSTOM, Vol 1, P. 12.

Pillard, M., et Al, (1992). *Les représentations sociales et culturelles de l'épilepsie*. In Médecine d'Afrique noire : 1992, 39(10).

Pion, S. 2004. *Contribution à la modélisation des filarioses à Onchocerca volvulus et Loa-loa en Afrique Centrale. Thèse de doctorat spécialité parasitologie*. Paris XII-Val de marne.

Pouyaud, B., (Sd). La lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest : le programme OMS-OCP.

Programme Élargi De Vaccination, (PEV) (2007). *Cours de formation en gestion des cadres du PEV, niveau intermédiaire*. Yaoundé, MINSANTE.

Rapport technique annuel des activités de MTN. *Unité de Coordination Nationale de lutte contre les Maladies Tropicales Négligées* 2017. Yaoundé-Cameroun.

Remme, J.H.F. 1995. *The African Programme for Onchocerciasis Control: prepaing to launch*. *Parasitology Today* ; 11 : 406-6.

Sindzingre, N. & Zempleni A., (1981) « Modèles et pragmatique activation et répétition : réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire », *Social Science and Medicine*, 15 B, 279-293.

Sindzingre, N., (1984). « *La nécessité de sens : l'explication de l'infortune chez les Senoufo* » In Auge, M. et Herzlich, C. (1984) *Le sens du mal : Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Pari Edition des Archives Contemporaines. Pp 93-122.

Socpa, A. (2021). « Maladies tropicales négligées et infections nosocomiales en Afrique » in *Maladies tropicales négligées et infections nosocomiales en Afrique : un défi de Santé publique* sous la direction de Ngo Likeng, J. L. (2021). Collections Études africaines. Paris, L'Harmattan.

Steveny, J et al., 1981. « Étude épidémiologique de l'onchocercose chez les Marakams des Monts Mandara (Nord-Cameroun) », in *Bulletin Sociologie Pathologie*, Exo n° 2, pp. 197-207.

Susanne, C., (2004). « *Anthropologie, environnement et santé* » In colloque GALF 2004, Anthro7, PP11-29.

Sylvie C., (2006). *Jalons pour une analyse critique des « représentations de la maladie »* In Actes du colloque, *Représentations de la santé et de la maladie*, organisé à Bruxelles le 12 décembre 2005 par l'ASBL.

Taverne, B., (1996). « *La construction sociale de l'efficacité thérapeutique, l'exemple guyanais* ». In BENOIST, J., *Soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical*. Paris. Karthala. Pp 27-42.

Union Africaine, (2006), Déclaration de Yaoundé sur la lutte contre l'onchocercose en Afrique.

Union Africaine, (2013). Sixième conférence des ministres de la santé de l'UA. Addis Abbéba (Éthiopie), 22-26 Avril 2013.

Université De Sherbrooke, (2012), *Guide de rédaction du formulaire de consentement*. Comité d'éthique de la recherche, Sherbrooke, Québec.

WHO/APOC. (2010). *WHO/APOC/MG/10.1, African program for onchocerciasis control*.

World Health Organisation, 1995, « Onchocerciasis and its control, Report of a WHO Expert Committee on Onchocerciasis Control », World Health Organisation, Technical Report, Ser, pp. 1-104.

Young, A., (1982). "The Anthropology of illness and sickness", in *Annual review of Anthropology*, n°11, P.257-285.

• MÉMOIRES ET THÈSES

Abouna, P., (2007). *Le pouvoir et le sacré chez les Tikar : contriution a l'étude des significations Dia-génétique et culturelle de l'institution politique traditionnelle en Négro-culture*. Thèse de doctorat/Ph.D en Anthropologie, Université de Yaoundé 1.

Barro, S.A. (2006). *Système d'information géographique et santé publique : cas de la lutte contre l'onchocercose en Afrique*. Mémoire de DSS, APOC.

Boussinesq, M., (1991). *Étude épidémiologique de l'onchocercose en zone de savane camerounaise. Effets d'un traitement de masse pour l'Ivermectine*. Thèse parasitologie, Université de Montpellier II, 426p.

Dangmo Tabouli, 2021. *Les « Maladies Tropicales Négligées » dans l'Extrême-Nord du Cameroun de 1924 à 2020 : facteurs, perceptions et prise en charge*, Thèse de Doctorat Ph/D en histoire, Faculté des Arts, lettres et sciences humaines, Université de Ngaoundéré.

Founsie, I., (2004). *Société secrètes et confréries dans la société Bamoun*. Mémoire de D.E.A en Anthropologie, Université de Yaoundé 1.

Gilles, A., (2006). *Contribution à la surveillance entomologique et épidémiologique de l'onchocercose en Afrique de l'ouest*. Thèse de Doctorat, Université de Montpellier II.

Herder, S., (1994). *Variabilité génétique d'onchocerca vulvulus (leuckart 1893. Relations avec les facies épidémiologiques de l'onchocercose*. Thèse de doctorat en Biologie, Université de Montpellier II.

Janserbe F., (2013). *Les déterminants de la poliomyélite au Tchad : cas du district de santé de N'djamena-Sud*. Mémoire de master en santé publique, ESS/UCAC.

Kouotou, Y., (2014). *La société d'exploitation forestière du Noun (SEFN) et le développement de l'arrondissement de Massangam (1972-2004)*. Mémoire de master en histoire. Université de Yaoundé 1.

Mambo Tamnou, G.N. (2015) *L'OMS et la lutte contre l'Ulcère de Buruli au Cameroun. 1969-2014*. Mémoire de master en histoire. Université de Yaoundé 1.

Mengue O. S., (2010). *La lutte contre l'onchocercose au Cameroun : 1916-2005*. Mémoire de D.E.A en Histoire, Université de Yaoundé1.

Mesumbe, M. (2008). *Perception and treatment of the Bilharzia disease and it's gender implication within the Barombi Mbo lake region (South west province, Cameroon)*. Mémoire de maitrise en Anthropologie, Université de Yaoundé 1.

Nchourupouo, MF. MM., (2004) *Le rituel de nshá shə, Salutation, chez les Bamoun (Ouest-Cameroun). Approche ethnolinguistique*. Mémoire de Maitrise en Anthropologie. Université de Yaoundé 1.

Ngah Eloundou G., (2010). *Gestion des ordures ménagères de la décharge de Nkolfoulou : étude comparée des localités de Nkolfoulou et de Banda (arrondissement de Soa, près de Yaoundé)*. Mémoire de DEA en Anthropologies, Université de Yaoundé 1.

Ngo Likeng, J., (2001). *La Vaccination Au Cameroun Après L'initiative De Bamako : Approche Anthropologique Des Réticences Chez Les Bassaà*. Mémoire de D.E.A en Anthropologie. Université de Yaoundé 1.

Ngo Likeng, J., (2013). *Les facteurs limitant l'accès à la vaccination des populations du Nyong et Kéllé au Cameroun : une contribution à l'anthropologie de la santé*. Thèse de Doctorat en Anthropologie, spécialisation anthropologie médicale. Université de Yaoundé 1.

Ngomono, L., (2015). *Implication des femmes de l'arrondissement de Monatélé-Cameroun dans la prise en charge de l'onchocercose : une étude anthropologique*. Mémoire de master, Université de Yaoundé 1.

Nsangou Moustapha M., (2015). « *Alimentation sucrée et pathologies cardiovasculaires dans la socio-culture Foulbé de Yaoundé-Cameron* ». Mémoire de master en Anthropologie ; Université de Yaoundé 1.

Pion. S., (2004). *Contribution à la modélisation des filarioses à onchocerca vulvulus et à Loa-loa en Afrique centrale*. Thèse de Doctorat, Université Paris VII-Val de Marne.

Sanon, K., (Sd). *Surveillance de l'onchocercose par la technique de pools screening*. Mémoire de Master en biologie et génétique moléculaire. Université de Ouagadougou-Burkina Faso.

Tall K. E., (1984). *Guérir à Cubalel. Interprétation de la maladie et pratiques thérapeutiques chez les Haalpulaaren dans la Vallée du Fleuve, Sénégal*, Thèse 3ème cycle en ethnologie, EHESS, Paris.

Tomen, N.H., (2008). *La mouche noire et le comportement des populations : cas du bassin Nyong Sanaga au Cameroun*. Mémoire de fin de formation d'ingénieur d'application de la statistique.

Zempleni A., (1968). *L'interprétation et la thérapie traditionnelle du désordre mental chez les Wolof et les Lébou du Sénégal*, Thèse de 3^{ème} cycle en Ethnologie.

• **DICTIONNAIRES**

Bonte, P., et izard, M. (dir) (2007). Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie. Paris QUADRIGE/PUF.

Dortier, J-F. (dir) (2013). Le dictionnaire des sciences sociales. Édition sciences humaines.

• **AUTRES LITTÉRATURES**

BUCREP, (2014). Rapport national sur l'état de la population.

PNDP, (2015). Plan communal de développement de Kouoptamo.

PNDP, (2014). Plan communal de développement de Foubot.

PNDP, (2014). Plan communal de développement de Massangam.

• **WEBOGRAPHIE**

- <http://anthropologiesante.revues.org/114>, Consulté le 10 mai 2016.
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs095/fr/>, Consulté le 10 mai 2016.
- [http://www. Medecinetropical.com](http://www.Medecinetropical.com), Consulter le 27 Juin 2016.
- http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html, Consulté le 08 janvier 2017.
- <http://www.yaoundefoundation.org>, Consulté le 08 janvier 2017.
- <http://journals.openedition.org/socio-logos/2887>, Consulté le 03 février 2017.
- <http://www.unige.ch/fapse/SSE/groups/aric>. Consulté le 09 mai 2019.
- <https://www.who.int/apoc/cdti/cdds/fr/>. Consulté 20 juillet 2020.

- http://www.ted.com/talks/niall_ferguson_the_6_killer_apps_of_prosperity, Consulté le 22 avril 2019.
- <http://fr.wikipedia.org/wiki/Onchocercose> consulté le 22 Avril 2019.
- Anne Marie Moulin, « Transformations et perspectives de l'anthropologie de la santé : un regard épistémologique », Anthropologie et santé [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 31 octobre 2010, consulté le 05 septembre 2018. URL : <http://anthropologiesante.revues.org/114>
- OMS_ onchocercose ou cécité des rivières. Aide-mémoire N°95. En ligne, vu le 10 mai 2016.
- Aubry, P., Gaüzère, B-A. (2017). Maladies Tropicales Négligées, Actualité 2017. En ligne le 30/10/2017. Consulté le 12/04/2019 ([www. Medecinetrophical.com](http://www.Medecinetrophical.com)).
- Aubry, P., Gaüzère B-A. (2015). Maladies Tropicales Négligées, Actualités 2015. En ligne le 03/10/2015, consulté le 23/06/2019 ([www. Medecinetrophical.com](http://www.Medecinetrophical.com)).
- Susanne, C., 2004, Anthropologie, environnement et santé. Antropo, 7, 11-29. www.didac.ehu.es/antropo.
- <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/onchocerciasis> Consulté le 15-04-2022.
- <https://www.who.int/apoc/cdti/cdds/fr/> Consulté 20 juillet 2020.

• **LISTE DES INFORMATEURS**

N°	Nom et Prénom	Sexe	Age	Religion	Profession	Lieu de l'entretien	Date de l'entretien
1.	Abdou Azizi	M	37 ans	Musulman	Agriculteur (DC)	Massangam	04/05/2018
2.	Abdel hassan	M	42 ans	Musulman	Cultivateur	Fosset	15/09/2022
3.	Adjazira	F	28 ans	Musulman	Ménagère	Fosset	15/09/2022
4.	Ahmadou	M	39ans	Musulman	Agriculteur (DC)	Massangam	04/05/2018
5.	Amidou Toundih	M	36 ans	Musulman	Chef de centre de santé de Makakoun	Massangam	05/05/2018
6.	Aminatou	F	34 ans	Musulman	Commerçante	Fosset	16/09/2022
7.	Atemken Virginie	F	43ans	Chrétienne	Gestionnaire des données MTN-Ouest	Bafoussam	07/06/2020
8.	Bichekue Assiatou	F	34ans	Musulmane	Agricultrice (DC)	Fosset (Foumbot)	07/05/2018
9.	Bouombouo Oumarou	M	60 ans	Musulman	Président COSADI DS Foumbot	DSFoumbot	12/01/2023
10.	Choutboungam Mariama	F	35ans	Musulmane	Chef de l'air de santé de Kwetlium	Fosset (Foumbot)	07/05/2018
11.	Faguepna Ismael	M	38 ans	Musulman	Moto-Taxi	Kouoptamo	12/09/2022
12.	Féssah Alimatou	F	24 ans	Musulmane	Ménagère	Kouoptamo	20/04/2020
13.	Finguié Aminatou	F	36ans	Musulmane	Agricultrice (DC)	Fosset (Foumbot)	17/04/2020
14.	Foken Christine	F	27 ans	Chrétienne	Infirmière	Kouoptamo	12/09/2022
15.	Fombot Ali	M	36 ans	Musulman	Éleveur	Kouoptamo	12/09/2022
16.	Fonpouh Illiassou	M	38 ans	Musulman	Chef d'aire de santé de Njindoun	Kouoptamo (Njindoun)	23/02 /2020
17.	Fouapon Ousseni	M	46 ans	Musulman	Agriculteur (DC)	Massangam	05/05/2018

18.	Foumben Jeannette	F	44ans	Chrétienne	Cultivatrice (DC Njibgamou)	Kouoptamo	09/05/2018
19.	Gamlia Alima	F	30ans	Musulman	Cultivatrice	Massangam	04/04/2020
20.	Gbetfon Raymond	M	52 ans	Chrétienne	PF-Communication HD Kouoptamo (DC)	Kouoptamo	21/04/2020
21.	Idrissou Mamoudou	M	38ans	Musulman	Cultivateur	Fosset	15/09/2022
22.	Inoussa Fadimatou	F	44 ans	Musulman	Éleveur	Fosset	16/09/2022
23.	Kahsein abdou	M	60 ans	Musulman	Chef de quartier	Massangam	04/04/2020
24.	Keinsah Mariama	F	51 ans	Musulmane	Leader d'association féminine (Pouah Kone)	Massangam	05/04/2020
25.	Kenfack maurice	M	46 ans	Chrétien	Enseignant	Massangam	05/04/2020
26.	Kenne Alphonse	M	43ans	Catholique	Vendeur de médicaments	Massangam	20/09/2022
27.	Kitimbi Fangny	F	34 ans		Agricultrice	Massangam	21/09/2022
28.	Kouotou Mirabelle	F	29ans	Chrétienne	Agent d'appui (DC)	Kouoptamo	09/05/2018
29.	Kutnjem Aliou	M	26	Musulman	Élève (DC Njikpatah)	Massangam	05/04/2020
30.	Machou Ibrahim	M	43ans	Musulman	Cultivateur	Massangam	04/04/2020
31.	Machuetoum Raïmatou	F	39ans	Musulman	Cultivatrice (DC Nkounchah)	Kouoptamo	09/05/2018
32.	Madoché Martine	F	54 ans	Chrétienne	Ménagère (DC)	Massangam	20/09/2022
33.	Mahloun Amadou	M	50ans	Musulman	Imam principal	Massangam	04/04/2020
34.	Maimouna	F	27 ans	Musulman	Étudiante	Foumbot	10/08/2021
35.	Mandeh Oumi	F	22ans	Musulman	Ménagère	Kouoptamo	20/04/2020
36.	Mbohou Ismael	M	34 ans	Protestant	Vendeur de médicaments	Foumbot	10/06/2020

37.	Mboket Chetou	F	47 ans	Musulman	Agricultrice	Fosset	15/01/2021
38.	Mbouombouo Nicanor	M	48ans	Chrétien	Électricien (DC de Ndemten à Sankah)	Kouoptamo	21/04/2020
39.	Mbouombouo Oumarou	M	62 ans	Musulman	Agriculteur	Fosset (Foumbot)	17/04/2020
40.	Mbowou Jean Emmanuel	M	63 ans	Chrétien	Chef de block	Fosset (Foumbot)	16/04/2020
41.	Montah Illiassou	M	37 ans	Musulman	Chauffeur	Kouoptamo (Njindoun)	23/02/2020
42.	Mouchigam Issa	M	38 ans	Musulman	Agriculteur (DC)	Fosset (Foumbot)	18/01/2021
43.	Mouchili Jean Calvin	M	42 ans	Chrétien	Agent d'entretien FOSA (DC)	Fosset (Foumbot)	16/04/2020
44.	Mounden Zounkaranéni	M	36 ans	Musulman	Vendeur de médicaments	Foumbot	10/06/2020
45.	Mounghigam Issa	M	46 ans	Musulman	Président Comité de santé	Foumbot	12/01/2023
46.	Moyouwou Idrissou	M	48 ans	Musulman	Président comité de santé Njimbouot	Foumbot	12/01/2023
47.	Mvuh Amsetou	F	33 ans	Musulman	Agricultrice (DC)	Massangam	18/01/2021
48.	Ndam Amadou	M	32 ans	Musulman	Fonctionnaire	Foumbot	15/09/2022
49.	Ndam Zackari	M	56 ans	Musulman	Cultivateur	Kouoptamo (Njindoun)	23/02/2020
50.	Ndapeun Njoya Illiassou	M	48ans	Musulman	Agriculteur	Massangam	04/04/2020
51.	Ndassah Njoya Oumaour	M	57 ans	Musulman	Chef de quartier	Kouoptamo	13/09/2022
52.	Ngamié Mariama	F	39 ans	Musulman	Infirmière	Kouoptamo	23/02 /2020
53.	Ngouom Rachidetou	F	44 ans	Musulman	Commerçante (DC)	Massangam	18/01/2021

54.	Njayou Zakari Alil	M	56 ans	Musulman	DC/PF Communautaire	Massangam	05/04/2020
55.	Njifokue Nkouotou Abdoulaye	M	34ans	Musulman	Agriculteur	Kouoptamo	20/04/2020
56.	Njikam Abdou	M	51 ans	Musulman	Agriculteur (DC)	Massangam	18/01/2021
57.	Njimah Ramatou	F	33ans	Musulman	Cultivatrice	Massangam	04/04/2020
58.	Njimongni Joséphine	F	37 ans	Chrétienne	Commerçante	Kouoptamo	12/09/2022
59.	Njimongni Josué	M	53 ans	Chrétien	Agriculteur (DC)	Massangam	18/01/2021
60.	Njoya Charles	M	32 ans	Chrétien	Vendeur de médicament	Kouoptamo	12/09/2022
61.	Nkouongnam Inoussa	M	47 ans	Musulman	Coordonnateur régional MTN de l'Ouest	Bafoussam	07/06/2020
62.	Nkouotou Njoya Charles	M	44 ans	Chrétien	Chef de block	Kouoptamo	21/04/2020
63.	Nkouotou Gaston	M	38 ans	Chrétien	Transporteur	Kouoptamo	13/09/2022
64.	Nouhhou Oussoumanou	M	41 ans	Musulman	Éleveur	Massangam	21/09/2022
65.	Nsangou Aliou	M	46 ans	Musulman	Couturier	Fosset	16/09/2022
66.	Nsangou Amadou	M	53 ans	Musulman	Agriculteur (DC)	Kouoptamo	20/04/2020
67.	Nsangou Kitimbi	M	40 ans	Chrétien	Cultivateur	Massangam	04/04/2020
68.	Nsangou Moulioum Nouhhou	M	39 ans	Musulman	Président comité de santé Bgetkoun (DC)	Foumbot	12/01/2021
69.	Nsangou Njoya amidou	M	37ans	Musulman	Agriculteur/enseignant	Kouoptamo	20/04/2020
70.	Nsangou Oussoumanou	M	48	Musulman	SG-HD/CAS Massangam	Massangam	05/04/2020
71.	Nzié Oussenatou	F	25 ans	Musulman	Ménagère (DC)	Fosset	16/09/2022
72.	Oumarou Sanda	M	39 ans	Musulman	Infirmier	Fosset	15/09/2022

73.	Pamboudem Maïmouna	F	46 ans	Musulman	Commerçante	Kouoptamo (Njindoun)	23/02 /2020
74.	Pambouhdem Assamawou	F	48 ans	Musulmane	Leader d'association féminine (Pouah Kone)	Fosset (Foumbot)	16/04/2020
75.	Rahmani	M	27ans	Musulman	Mécanicien	Kouoptamo	13/09/2022
76.	Raïmatou	F	28 ans	Musulman	Aide-soignante (DC kouopjot)	Kouoptamo	21/04/2020
77.	Riana	F	42 ans	Musulmane	Enseignante	Kouoptamo (Njindoun)	23/02 /2020
78.	Samba Awawou	F	28ans	Musulman	Agent de santé (AS)	Fosset (Foumbot)	16/04/2020
79.	Soumiatou	F	37 ans	Musulman	Infirmière	Kouoptamo	13/09/2022
80.	Tanda Romain	M	58 ans	Chrétien	Chef de l'air de santé	Fosset (Foumbot)	16/04/2020
81.	Tchatsé séraphine	F	43 ans	Chrétienne	Agent d'appuis HD Kouoptamo (DC Sankah)	Kouoptamo	21/04/2020
82.	Wassante Amidou	M	37 ans	Musulman	Agriculteur (DC)	Massangam	04/04/2020
83.	Yangouo Rahmani	M	25ans	Musulman	Cultivateur	Massangam	04/04/2020
84.	Youssofa Diallo	M	45 ans	Musulman	Couturier	Foumbot	15/09/2022
85.	Zakariaou	M	48 ans	Musulman	Cultivateur	Kouoptamo	13/09/2022
86.	Zounédou	M	43 ans	Musulman	Vendeur de médicaments	Foumbot	10/06/2020

INDEX

INDEX DES AUTEURS

A

ABOUNA, P, 331
 ADAM, Ph, 319
 AKTOUF, O., 321
 AMIEL, P, 317
 Ann Mc Elroy, viii, 6, 19, 22, 113, 312
 APOC, v, 2, 4, 33, 76, 80, 81, 83, 84, 86,
 96, 97, 153, 207, 293, 296, 297, 298,
 322, 323, 329, 331
 AUBRY, P, 306, 323
 AUDY, S, 18, 323
 AUGÉ, M, 70, 71, 317, 319, 323, 326,
 327, 330

B

BACHELARD, G, 317, 321
 BANQUE MONDIAL-CAMEROUN, 323
 BARGES, A, 323
 BARRO, S.A., 3, 95, 96, 105, 331
 BEAUD, M, 321
 BENOIST, J, 286, 289, 319, 323, 325, 330
 BISSIAN Y., 323
 BONTE, P, 333
 BOSSINESQ M, 319
 Bossinesq, M., 2, 88, 303
 BOURDIEU P, 317
 BOURDIEU, P, 317
 BOUSSINESQ, M, 73, 95, 96, 323, 324,
 331
 BOVINA B. I, 319
 BRENGUES J, 328
 BROUWER (de), L, 319
 BRUXELLES SANTE, 324
 BYRON G, 324

C

Calon, J., 2, 78, 81, 83, 91, 95, 96, 286,
 306
 COPPO, P, 319
 CORNILO, P, 88, 302, 320
 Coulon A., 112, 312
 COULON, A, 317
 CRUMP, A, 325

D

DE GARINE, I, 317
 DE ROSNY, E, 317
 DE SARDAN, O. J.-P, 320, 321
 DELIÈGE, R, 64, 65, 317
 DÉPELTEAU, F, 20, 321
 DONFACK, J., 325
 DORIS, B, 320
 DORTIER, J-F, 333
 DUKE, B. O. L, 325
 DURKHEIM, E, 321

E

EDONGO NTEDE, P. F, 317
 EHES, Paris, 325, 333
 ELLENA, L, 325

F

FAINZAN, S, 90, 91, 325
 FAINZANG, S, 320
 FARRUGIA, F, 321
 FASSIN, D, 281, 295, 317, 325
 FAUVEL, M, 6, 321
 FOUNSIE, I, 331
 FREZIL J. L., 328

G

GARFINKEL, H.,, 317
 GAUTHIER B, 321
 Gaüzère, B-A, 323, 334
 GAXOTE, P, 325
 GEORGET, M, 88, 302, 320
 Gérin M. et al.,, 290
GÉRIN, M., 287, 317
 Gilles, A, 94, 96
 GILLES, A, 2, 74, 75, 81, 82, 83, 94, 95,
 96, 97, 104, 300, 331
 GOODY J, 317
 GRAWITZ, M, 321
 GRÉGORY, F, 325
 GRUENAI S M.E., 325
 GUILLAUME, L., 320
 GUY ROCHER, 319

H

Harold Garfinkel, viii, 6, 19, 109, 312
HERDER, S., 326, 331
HERRY, K, 103, 326
HERZLICH, C, 70, 71, 277, 278, 288, 319,
320, 323, 326, 327, 330
HOUGARD J.M., et al., 326
HOUGARD, J.M, 73, 300, 326
HOUNTONDJI, P, 321
HOURS B, 317
HUBERT, A, 317
HUBERT, D, 321

I

IZARD M, 318
IZARD, M, 333

J

JANSERBE F, 332
JEAN-CLAUDE C, 321
JODELET D, 318
JODELET, D, 72, 327

K

KEITA, A, 319
KLEINMAN, A., 320, 327
KLEINMANN A, 327
KOUOTOU, Y, 51, 56, 57, 61, 332

L

I'OMS, 3, 41, 305
LABURTHE-TOLRA, 318
LABUSQUIERE, R, 320
LACUB M, 318
LAPLANTINE, F, 71, 318, 320, 321, 327
LEVI-STRAUSS, C, 318
LOMBARD, J, 318
LOPEZ A, 319
LOUBET DEL BAYLE, J-L., 321, 322

M

M'BOKOLO, E, 71, 327

MACE, G, 322
MALOUIN, E, 18, 322
MAMBO TAMNOU, G.N, 46, 77, 332
MASSÉ R, 327
MASSÉ, R, 325, 327
MAUSSE, M, 318
MBOG BASSONG, 318
MBONJI, E, 19, 22, 72, 287, 318, 320, 322
MENGUE O. S, 75, 77, 332
MESUMBE, M, 332
MIMANI, P, 328
MINSANTE, v, 4, 42, 79, 80, 81, 189,
267, 328, 330
MONDHER, K, 318
MONGBET LAMARE, 320
MOREL, G, 318
Mouchet, 3, 328
MOUCHET J., CARNEVALE P, 328
MOUCHET, J, 3, 328
MOULIN, A. M, 328
MSELLATI, Ph, 328

N

NCHOURUPOUO, MF. MM., 332
NGAH ELOUNDOU G, 332
NGO LIKENG, J, 89, 302, 303, 332
NGOMONO, L, 332
NKOUM, B. A, 322
NSANGOU, M.M, 332

O

ODZE, R, 329
OMBOLO J.P, 318
OMS, vi, 2, 3, 7, 4, 35, 39, 41, 42, 72, 74,
78, 82, 83, 84, 85, 86, 91, 92, 94, 96,
119, 202, 296, 297, 305, 329, 330, 332,
334

P

PAILLE, P, 322
Patricia K. Townsend, viii, 6, 19, 22, 113,
312
PHILIPPE, A, 288, 320
PIAULT C, 318

PILLARD, M, 330
 PION. S, 74, 82, 83, 333
 PITT. D. C, 319
 POUYAUD, B, 330
 PROGRAMME ÉLARGI DE
 VACCINATION, (PEV), 330
 programmes de santé, 2, 23, 34, 61, 62, 98,
 125, 144, 207, 214, 226, 301, 303, 315
protection, 129, 290, 295, 303

Q

Quivy, R. et Campenhoudt, L.V., 13, 69
 QUIVY, R, 322

R

RAZANAMAHAY, J, 88, 304, 320
 RIDDE V, 320
 RIVERS W.H.R.,, 320
 RIVIERE, C, 319

S

SANON, K, 81, 82, 83, 333
 SCHALLER, C-T, 320
 SCHMIDT-EHRY, B, 320
 SCOHY, A, 320
 SINDZINGRE, N, 71, 330

SOCPA, A, 4, 319
 SURAULT P, 319
 SUSANNE, C, 330
 SYLVIE C, 330

T

TALL K.E, 333
 TAVERNE, B, 330
 TIOKOU NDONKO, F, 320
 TOMEN, N.H, 4, 75, 333
 TOWNSEND, K. P, 320
 TREMBLAY M.-A, 322

U

UNION AFRICAINE, 330, 331
 UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, 331

V

VALLIN J, 319

Y

YOUNG, A.,, 331

Z

ZEMPLANI A, 330, 333

INDEX DES CONCEPTS

A

accueil, 11
 actions sanitaires, 228, 294
 activité, 2, 3, 18, 47, 48, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 59, 74, 102, 105, 111, 115, 120, 131, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 150, 160, 162, 163, 167, 174, 175, 180, 181, 182, 185, 191, 193, 204, 208, 209, 210, 213, 214, 217, 221, 225, 228, 236, 237, 242, 243, 247, 265, 277, 278, 289, 290, 294, 297, 299, 300, 303, 310, 313, 362, 366
 Adhésion, 362
 afrique, 295
 Anthropologie, i, ii, 8, 22, 69, 107, 287, 294, 314, 316, 317, 318, 319, 322, 325, 326, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 353, 356, 359, 364
 anthropologie médicale, ix, 19, 23, 107, 108, 114, 286, 311, 328, 331
 automédication, 305

B

Bafoussam, 4, 49, 50, 57, 139, 155, 191, 192, 195, 205, 218, 230, 242, 266, 269, 334, 337
 bamoun, 17, 24, 61, 128, 201, 278, 282, 287, 288, 313, 319

C

Cameroun, vii, ix, 4, 5, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 22, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 74, 75, 76, 78, 80, 81, 85, 87, 89, 90, 99, 105, 128, 150, 154, 155, 211, 243, 244, 266, 292, 300, 303, 304, 305, 308, 309, 314, 316, 318, 320, 322, 324, 325, 326, 327, 331, 332, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 364, 365, 366, 367

campagne, 15, 42, 119, 120, 129, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 167, 169, 170, 171, 175, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 190, 191, 193, 204, 210, 214, 215, 221, 223, 229, 238, 241, 242, 243, 244, 247, 250, 252, 269, 270, 279, 292, 293, 294, 304, 357, 358, 360, 361, 366
 campagnes, 3, 2, 4, 5, 7, 14, 16, 22, 32, 33, 36, 37, 50, 61, 63, 64, 65, 75, 80, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 98, 99, 118, 130, 133, 136, 142, 145, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 169, 170, 174, 175, 179, 180, 181, 182, 183, 189, 190, 209, 211, 212, 213, 214, 221, 222, 227, 228, 231, 233, 236, 244, 245, 246, 248, 250, 251, 252, 253, 255, 257, 258, 259, 264, 265, 268, 269, 272, 278, 280, 291, 292, 294, 299, 300, 301, 302, 303, 309, 310, 311, 312, 353, 354, 356, 358, 359, 361, 362, 364, 365, 366, 367
 chimioprévention, v, ix, 7, 3, 7, 44, 88, 150, 291, 292, 299, 301, 304, 308
 chimiothérapie, 3, 51, 59, 76, 77, 91, 97, 240, 242, 243, 278, 279, 292, 299, 306, 312, 368
 chronicisation, ix, 5, 6, 7, 8, 99, 102, 150, 277, 308, 309
 chronique, 37, 41, 94, 96, 102, 106, 144
 chroniques, 40, 41, 44, 102
 comme, 2, 4, 5, 2, 4, 7, 9, 14, 15, 18, 20, 25, 33, 34, 39, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 81, 83, 84, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 152, 154, 155, 158, 160, 164, 165, 166, 167, 168, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191,

192, 193, 194, 195, 196, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 216, 217, 219, 220, 221, 225, 226, 227, 228, 230, 231, 232, 234, 236, 237, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 251, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 265, 268, 269, 270, 271, 272, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 296, 299, 301, 303, 305, 308, 313, 314, 323, 362, 366

communautaire, vi, 4, 7, 10, 16, 24, 33, 34, 44, 45, 54, 58, 62, 63, 65, 80, 81, 85, 86, 110, 118, 121, 122, 128, 129, 130, 133, 134, 143, 144, 145, 146, 150, 151, 153, 155, 158, 159, 160, 161, 162, 165, 170, 172, 174, 177, 178, 179, 181, 183, 184, 187, 188, 189, 193, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 210, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 223, 225, 227, 228, 229, 237, 238, 240, 243, 244, 253, 254, 265, 267, 275, 277, 278, 279, 294, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 304, 305, 306, 309, 312, 313, 314, 362, 367

communautaires, 5, 7, 10, 16, 23, 33, 34, 44, 59, 60, 62, 63, 64, 66, 85, 86, 87, 99, 118, 119, 120, 126, 127, 130, 133, 144, 151, 153, 156, 158, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 169, 173, 177, 179, 180, 181, 183, 184, 188, 189, 192, 198, 203, 204, 206, 207, 208, 209, 212, 217, 220, 221, 224, 225, 227, 234, 236, 240, 241, 242, 244, 245, 251, 254, 257, 258, 264, 265, 267, 269, 272, 278, 279, 281, 287, 290, 294, 295, 296, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 306, 309, 311, 312, 362, 366, 367

communauté, 3, 9, 10, 15, 16, 17, 19, 47, 48, 56, 60, 64, 65, 66, 79, 80, 83, 86, 99, 100, 108, 110, 113, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 141, 142, 143, 144, 146, 150, 151, 152, 154, 155, 158, 160, 161, 166, 168, 170, 171, 172, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 188, 189, 191, 192, 193, 196, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 233, 234, 235, 241, 243, 244, 247, 248, 249, 250, 251, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 260, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 272, 275, 277, 279, 280, 281, 282, 284, 285, 293, 294, 295, 296, 297, 300, 301, 303, 304, 305, 306, 312, 313, 353, 354, 355, 356, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368

communication, 14, 21, 63, 91, 122, 126, 245, 295, 320

comportements humains, 314

couverture, 4, 10, 16, 24, 33, 37, 42, 44, 50, 62, 81, 92, 127, 133, 136, 146, 151, 152, 156, 158, 162, 163, 170, 172, 173, 175, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 193, 194, 195, 196, 198, 206, 212, 213, 214, 217, 219, 220, 221, 222, 223, 231, 233, 235, 236, 238, 240, 244, 245, 248, 249, 264, 278, 292, 294, 295, 297, 298, 300, 303, 304, 305, 308, 311, 312, 353, 354, 356, 357, 359, 360, 364, 365

culture, 5, 22, 23, 49, 51, 54, 55, 57, 59, 70, 73, 90, 98, 99, 100, 101, 103, 105, 107, 108, 110, 113, 115, 135, 136, 138, 140, 141, 247, 264, 276, 277, 278, 280, 287, 294, 310, 314, 317, 319, 321, 330, 332

culturel, 3, 5, 8, 14, 20, 21, 23, 30, 39, 46, 47, 51, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 66, 69, 73, 90, 91, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 109, 110, 113, 114, 122, 125, 129, 228, 276, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 288, 291, 294, 301, 302, 311, 314, 354, 366

culturelle, ix, 3, 5, 16, 19, 20, 22, 31, 46, 47, 48, 63, 72, 74, 91, 100, 104, 107, 109, 110, 115, 134, 141, 147, 155, 162, 201, 254, 268, 276, 278, 280, 282, 283, 287, 302, 310, 314, 316, 317, 321, 330

culturelles, ix, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 14, 16, 20, 24, 58, 60, 69, 70, 85, 89, 90, 91, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 110,

115, 129, 131, 142, 147, 165, 201, 247,
261, 270, 275, 276, 281, 282, 284, 287,
288, 291, 301, 302, 305, 306, 308, 309,
310, 311, 314, 329, 353, 354, 355, 356,
357, 359, 360, 362, 364, 365, 367
culturels, ix, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 16, 22,
23, 24, 44, 47, 60, 64, 65, 71, 72, 91, 98,
101, 102, 105, 109, 111, 112, 113, 114,
118, 134, 145, 169, 234, 275, 276, 285,
286, 287, 308, 309, 310, 314, 353, 357,
360, 361, 365, 367

D

DC, vii, 33, 34, 86, 118, 122, 125, 126,
127, 128, 140, 142, 152, 155, 158, 159,
160, 161, 162, 164, 165, 166, 168, 169,
172, 173, 174, 175, 178, 179, 180, 182,
183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190,
191, 192, 193, 194, 195, 196, 198, 199,
201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208,
209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216,
217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224,
225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 234,
235, 236, 238, 241, 243, 244, 245, 248,
251, 252, 257, 260, 262, 263, 264, 265,
267, 268, 269, 270, 293, 295, 296, 297,
298, 300, 301, 303, 304, 312, 313, 333,
334, 335, 336, 337, 338, 359, 361
détournement, 190, 219, 229, 230, 258,
312
directive, 4, 44, 85, 155, 238, 305, 313
disease, 108, 331
distributeurs, 2, 7, 10, 11, 16, 33, 59, 63,
64, 119, 120, 121, 122, 126, 127, 128,
129, 133, 134, 136, 143, 144, 145, 146,
151, 153, 156, 158, 159, 160, 161, 162,
164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171,
172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179,
181, 182, 183, 185, 186, 187, 188, 189,
192, 195, 196, 198, 199, 202, 203, 204,
206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213,
214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222,
224, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 234,
235, 236, 240, 241, 242, 244, 249, 251,
252, 254, 256, 259, 260, 263, 264, 265,

267, 268, 269, 280, 294, 295, 296, 297,
311, 312, 313, 360, 362, 366
distributeurs communautaires, v, 7, 64, 87,
126, 127, 133, 162, 163, 179, 204, 209,
217, 224, 228, 242, 245, 279, 280, 309,
311, 312, 365, 366
distribution, ix, x, 3, 5, 2, 4, 5, 7, 12, 15,
16, 36, 37, 38, 39, 44, 50, 59, 61, 62, 63,
64, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 89,
91, 92, 94, 99, 118, 119, 121, 123, 129,
130, 136, 145, 146, 147, 150, 151, 152,
153, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 162,
163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170,
171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178,
179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186,
187, 188, 189, 190, 191, 193, 195, 196,
198, 199, 202, 203, 204, 205, 206, 207,
208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215,
216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223,
224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231,
233, 235, 236, 241, 243, 244, 245, 246,
247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254,
255, 257, 258, 259, 260, 262, 263, 265,
266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 277,
278, 280, 291, 292, 293, 295, 296, 297,
298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305,
309, 312, 313, 328, 353, 354, 356, 357,
358, 359, 360, 361, 362, 364, 365, 366,
367, 364, 365, 366, 367
document, 15, 20, 37, 41, 52, 191, 196,
298
documents, 13, 18, 20, 34, 66, 69, 70, 77,
100, 195, 218, 318
données, ix, 4, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19,
20, 21, 22, 23, 35, 38, 39, 40, 44, 54, 57,
69, 72, 107, 110, 114, 116, 118, 125,
135, 142, 153, 156, 158, 166, 171, 172,
175, 177, 184, 185, 186, 190, 191, 192,
193, 194, 195, 196, 198, 199, 201, 208,
217, 218, 221, 226, 227, 234, 240, 241,
242, 265, 267, 272, 275, 276, 280, 282,
286, 288, 291, 294, 295, 297, 299, 300,
302, 304, 305, 306, 308, 309, 310, 311,
312, 313, 320, 334, 353, 354, 357, 366

E

effets secondaires, ix, 75, 98, 133, 167, 174, 175, 176, 215, 231, 234, 240, 245, 246, 247, 248, 249, 256, 258, 268, 269, 270, 271, 272, 292, 293, 296, 297, 298, 306, 363

environnement, 4, 7, 14, 22, 54, 66, 71, 99, 104, 105, 111, 115, 127, 130, 131, 133, 138, 140, 141, 232, 233, 242, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 299, 309, 311, 329, 333

Ethnographie, 27

évaluation, 13, 20, 118, 165, 166, 179, 180, 182, 184, 192, 196, 198, 210, 212, 219, 221, 225, 226, 240, 265, 267, 296, 301, 304, 358, 361

évaluations, 16, 159, 267

F

facteur, 5, 61, 78, 80, 92, 97, 119, 128, 131, 133, 147, 194, 199, 242, 244, 256, 272, 278, 279, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 292, 302, 306, 313, 367, 368

facteurs explicatifs, ix, 2, 6, 8, 90, 107, 122, 136, 253, 286, 308, 309, 314, 353, 356, 359, 364

Fosset, ix, 3, 9, 14, 18, 22, 23, 24, 31, 45, 49, 54, 57, 59, 102, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 147, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 176, 177, 178, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 190, 192, 193, 194, 196, 198, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 210, 211, 212, 216, 217, 219, 220, 221, 227, 228, 234, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 289, 290, 291, 292, 295, 297, 299, 302,

306, 308, 310, 311, 312, 313, 314, 333, 334, 335, 336, 337, 338

Foumban, 13, 48, 49, 50, 60, 61, 63, 74, 243

Foumbot, 3, 10, 14, 15, 23, 24, 26, 27, 31, 33, 37, 45, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 63, 65, 119, 125, 127, 128, 129, 136, 139, 161, 171, 193, 242, 266, 268, 271, 281, 289, 301, 303, 332, 334, 335, 336, 337, 338

G

gestion, 4, 9, 13, 15, 24, 32, 33, 35, 60, 65, 99, 119, 156, 158, 161, 165, 169, 172, 179, 182, 183, 184, 185, 190, 192, 195, 196, 198, 206, 213, 215, 218, 219, 220, 221, 234, 235, 240, 241, 242, 250, 256, 265, 269, 275, 293, 294, 295, 298, 300, 301, 303, 304, 306, 310, 311, 313, 314, 329, 354, 357, 358, 360, 362, 365, 367

gratuit, 95, 228, 236, 256, 301

gratuite, 5, 37, 39, 59, 160, 212, 215, 229, 244, 266, 268, 269, 270, 271, 292, 301

gratuité, ix, 33, 36, 91, 99, 145, 160, 301, 302, 306, 313, 319

groupe, 2, 4, 3, 5, 8, 14, 15, 20, 21, 23, 31, 40, 41, 45, 47, 50, 51, 59, 60, 61, 63, 64, 65, 69, 70, 71, 72, 90, 91, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 113, 129, 237, 272, 276, 280, 281, 282, 283, 284, 291, 294, 301, 311, 314

groupe culturel, 6, 64, 70, 90, 103, 104, 105, 113, 277, 281, 284, 292

H

Haut Conseil de la santé publique, 90, 325

histoire, 15, 69, 72, 73, 74, 79, 99, 100, 150, 316, 317, 318, 322, 325, 326, 329, 331

homme, 22, 31, 48, 55, 56, 59, 64, 74, 77, 93, 94, 95, 97, 105, 106, 115, 120, 122, 128, 136, 141, 201, 211, 212, 230, 242, 263, 276, 317, 318

hygiène vestimentaires, 289

hypothèse, ix, 308

I

Illness, 108

information, 18, 35, 62, 88, 89, 119, 120, 121, 126, 128, 156, 168, 181, 218, 237, 238, 249, 250, 272, 279, 280, 302, 330

informations, ii, 14, 15, 16, 19, 20, 22, 36, 61, 62, 63, 64, 88, 99, 119, 127, 166, 167, 169, 170, 177, 180, 185, 210, 235, 237, 244, 251, 260, 265, 279, 293, 297, 354, 357, 360, 365, 366

interventions communautaires, 295

ivermectine, ix, 3, 2, 4, 5, 13, 15, 36, 44, 45, 75, 76, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 89, 97, 98, 110, 133, 146, 147, 150, 151, 161, 216, 231, 245, 247, 265, 272, 280, 291, 293, 295, 296, 297, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 310, 312, 313, 321, 322, 323, 324, 330, 353, 356, 359, 364, 367

Ivermectine, viii, ix, 3, 35, 44, 74, 75, 77, 78, 80, 84, 85, 86, 89, 97, 98, 154, 188, 193, 201, 221, 222, 231, 246, 261, 266, 272, 273, 291, 292, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 305, 306, 312, 313, 323, 324, 367, 363

K

Kouoptamo, ix, 3, 9, 10, 14, 15, 22, 23, 24, 26, 27, 31, 33, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 65, 102, 118, 122, 123, 124, 126, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 153, 154, 155, 159, 160, 161, 162, 165, 168, 169, 170, 171, 173, 176, 177, 181, 186, 190, 192, 199, 201, 202, 204, 206, 208, 209, 210, 212, 214, 215, 216, 217, 220, 221, 226, 227, 228, 234, 240, 242, 243, 245, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 258, 259, 260, 261, 263, 264, 266, 267, 268, 270, 271, 275, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 287, 289, 290, 291, 292, 295, 297, 299, 302, 306,

308, 310, 311, 312, 313, 314, 334, 335, 336, 337, 338

L

locale, 13, 15, 17, 23, 49, 51, 55, 60, 61, 62, 65, 71, 82, 117, 119, 120, 122, 123, 124, 128, 142, 146, 147, 154, 162, 179, 182, 183, 203, 205, 211, 224, 242, 254, 264, 276, 278, 280, 281, 282, 288, 289, 295, 296, 310, 354, 357, 360, 361, 362, 363, 365, 367

localités, 3, 18, 22, 23, 24, 30, 31, 41, 47, 48, 49, 51, 53, 56, 59, 63, 65, 95, 119, 124, 127, 129, 132, 135, 137, 138, 139, 141, 142, 151, 178, 179, 182, 192, 201, 202, 205, 210, 216, 217, 221, 227, 231, 232, 233, 236, 238, 240, 242, 243, 244, 247, 249, 250, 264, 267, 270, 275, 277, 281, 282, 284, 286, 288, 290, 291, 292, 295, 302, 306, 310, 311, 331

logiques culturelles explicatives, 13, 24, 310

lutte, vi, vii, ix, 2, 5, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 16, 20, 24, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 51, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 92, 97, 98, 99, 100, 105, 110, 118, 119, 120, 121, 122, 126, 127, 128, 129, 132, 142, 144, 145, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 158, 160, 162, 165, 168, 174, 175, 180, 181, 189, 190, 193, 199, 201, 208, 211, 212, 229, 231, 234, 235, 241, 242, 244, 246, 252, 255, 257, 258, 264, 265, 267, 269, 278, 279, 292, 294, 295, 296, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 318, 322, 323, 324, 325, 328, 329, 330, 331, 353, 356, 358, 359, 361, 364, 366

M

malades du diabète, 308

maladie, v, vii, ix, 2, 3, 4, 5, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 22, 23, 33, 37, 39, 43, 44, 45, 46, 55, 59, 61, 63, 64, 66, 69,

70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 150, 152, 153, 154, 158, 159, 161, 162, 166, 168, 169, 170, 171, 175, 176, 182, 184, 189, 190, 192, 194, 199, 201, 208, 210, 211, 212, 217, 223, 224, 226, 231, 232, 234, 236, 238, 240, 241, 242, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 256, 257, 260, 264, 269, 271, 272, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 287, 288, 289, 290, 292, 293, 294, 295, 297, 298, 299, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 308, 310, 311, 314, 317, 318, 319, 322, 323, 324, 325, 326, 328, 329, 332, 353, 354, 355, 356, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 362, 363, 364, 366, 367

maladie tropicales, 42, 92

maladies, ix, 5, 3, 5, 9, 25, 30, 31, 33, 35, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 54, 56, 59, 65, 66, 69, 70, 76, 78, 79, 80, 86, 87, 89, 90, 92, 98, 99, 100, 102, 103, 105, 107, 110, 115, 121, 123, 131, 133, 141, 146, 147, 161, 168, 176, 201, 210, 231, 246, 247, 248, 253, 262, 264, 269, 279, 280, 285, 286, 287, 294, 301, 305, 306, 314, 319, 323, 324, 325, 326, 327, 353, 354, 355, 356, 357, 359, 360, 364

Massangam, 3, 9, 10, 14, 15, 18, 22, 23, 24, 27, 31, 33, 37, 48, 49, 50, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 61, 63, 65, 75, 102, 118, 119, 121, 122, 124, 125, 126, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 147, 150, 151, 153, 154, 155, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 169, 170, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 182, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 194, 195, 199, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 236, 237, 240, 242, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 255, 256, 258, 259, 260, 261, 262, 264, 265, 266, 267, 268, 270, 271, 272, 275, 276, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 286, 287, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 297, 310, 311, 312, 313, 314, 331, 333, 334, 335, 336, 337, 338

masse, 3, 4, 7, 36, 45, 61, 63, 64, 65, 75, 77, 80, 81, 82, 84, 85, 87, 89, 90, 91, 92, 98, 99, 118, 129, 146, 150, 151, 154, 158, 161, 169, 182, 183, 185, 189, 212, 213, 214, 227, 244, 248, 251, 252, 253, 255, 257, 268, 272, 278, 280, 292, 294, 295, 299, 300, 301, 302, 303, 309, 312, 328, 330, 361, 366

Mectizan, 3, 5, 16, 24, 33, 37, 44, 50, 56, 59, 61, 62, 64, 81, 82, 84, 85, 89, 114, 118, 119, 121, 129, 130, 132, 133, 134, 136, 142, 144, 145, 146, 147, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 158, 160, 161, 162, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 193, 194, 196, 201, 203, 204, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 225, 227, 229, 231, 232, 233, 234, 236, 240, 241, 243, 244, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 278, 279, 291, 292, 293, 300, 303, 304, 306, 310, 325, 362, 367

médecine, 5, 33, 65, 73, 236, 257, 310, 319, 324, 325, 327

Médicale, i

medicament, 243

médicaments, vi, ix, 5, 2, 4, 11, 12, 15, 36, 64, 77, 88, 91, 92, 99, 110, 119, 121, 122, 134, 145, 147, 160, 161, 165, 166, 169, 172, 178, 182, 194, 196, 199, 201, 213, 214, 215, 216, 217, 219, 220, 221, 223, 231, 235, 241, 246, 249, 250, 251, 252, 254, 257, 259, 265, 266, 267, 268, 271, 273, 277, 278, 298, 301, 302, 304, 312, 313, 325, 328, 335, 336, 338, 353,

354, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362,
363, 364, 365, 366, 367, 366

mésusage, 64, 258

mouche Noire, 76

mouches, 94, 106, 141

N

nature, 2, 19, 72, 144, 188, 355

naturel, 30, 31, 104, 105, 286, 287, 288

Naturelle, 283

négligées, 2, 3, 9, 35, 39, 42, 43, 44, 59,
70, 79, 92, 98, 99, 305, 314, 322, 324

Noun, vi, 2, 3, 9, 22, 23, 27, 31, 45, 46, 47,
48, 49, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62,
63, 74, 75, 99, 136, 137, 139, 142, 155,
158, 163, 234, 259, 314, 331

O

onchocercose, v, vi, ix, x, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 2,
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15,
16, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 31, 33, 34, 35,
36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 48,
49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59,
61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 74, 75, 76, 77,
78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 89, 91,
92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102,
105, 106, 107, 110, 114, 115, 117, 118,
119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126,
128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135,
136, 137, 138, 139, 141, 142, 143, 144,
145, 146, 147, 150, 151, 153, 154, 155,
156, 158, 160, 161, 162, 163, 165, 168,
169, 170, 172, 174, 179, 180, 181, 186,
188, 189, 190, 193, 197, 199, 201, 205,
206, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 217,
221, 224, 229, 231, 232, 234, 236, 238,
240, 241, 242, 244, 246, 249, 251, 255,
257, 258, 259, 260, 261, 264, 265, 267,
269, 271, 272, 275, 276, 277, 278, 279,
280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287,
288, 289, 290, 291, 292, 294, 295, 297,
298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305,
306, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314,
318, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327,
328, 329, 330, 331, 332, 333, 353, 354,

355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362,
363, 364, 365, 366, 367, 368, 363, 364,
366, 367, 368

oncocercose, 7, 309

Organisation, vi, vii, 4, 32, 34, 62, 63, 65,
84, 146, 156, 158, 162, 234

Organisation mondiale de la santé, 4

Ouest, ix, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 17, 18, 22, 23, 27,
30, 31, 41, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52,
53, 55, 57, 59, 60, 76, 77, 81, 82, 83, 84,
85, 97, 99, 155, 158, 243, 244, 292, 308,
309, 314, 325, 329, 331, 334, 337, 353,
354, 355, 356, 357, 359, 360, 361, 362,
364, 365, 366, 367

P

PAILLE, P, 321

pathologies, 2, 8, 65, 79, 87, 100, 103, 168,
251, 286, 287, 305, 314, 332, 353, 355,
356, 359, 363, 364, 368

Patricia K. Townsend, ix, 6, 19, 22, 114,
311

perception, 5, 7, 14, 31, 72, 74, 103, 109,
113, 122, 124, 129, 131, 132, 142, 143,
153, 190, 193, 227, 254, 282, 283, 288,
301, 309, 311, 328, 361

persistance, ix, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 23,
24, 25, 92, 100, 102, 107, 110, 114, 115,
117, 118, 120, 121, 122, 128, 131, 134,
135, 136, 137, 145, 147, 150, 153, 161,
163, 165, 168, 170, 171, 172, 193, 199,
208, 212, 226, 240, 241, 242, 244, 245,
246, 247, 249, 251, 253, 256, 258, 260,
264, 271, 272, 275, 276, 277, 278, 279,
280, 283, 285, 286, 287, 288, 290, 291,
292, 293, 294, 297, 302, 304, 305, 306,
308, 309, 310, 311, 313, 314, 354, 357,
360, 364, 365, 363, 364, 366, 367, 368

piqures, 52, 55, 57, 58, 74, 94, 96, 115,
120, 130, 132, 135, 136, 138, 211, 243,
284, 290, 299, 311, 362, 365

politique, 30, 32, 33, 34, 35, 47, 65, 66, 71,
79, 80, 93, 98, 99, 168, 180, 201, 219,
257, 294, 316, 319, 330, 358

politiques, 20, 32, 38, 47, 48, 80, 88, 98,
99, 180, 294

populations bénéficiaires, 3, 89, 90, 92, 99, 118, 126, 162, 164, 168, 190, 212, 280, 302, 312, 361, 366

potions traditionnelles, 305

pratiques, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 14, 15, 16, 21, 23, 59, 62, 64, 65, 73, 85, 90, 99, 101, 102, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 132, 142, 165, 187, 215, 237, 238, 275, 276, 277, 278, 291, 293, 298, 305, 306, 308, 309, 310, 312, 314, 316, 326, 327, 332

pratiques culturelles, 102, 107, 306

prévention, 3, 5, 6, 4, 7, 13, 15, 20, 24, 38, 39, 40, 44, 62, 87, 88, 89, 90, 92, 94, 97, 99, 110, 119, 121, 126, 127, 147, 150, 152, 190, 232, 245, 279, 280, 291, 292, 294, 302, 303, 304, 305, 309, 310, 311, 312, 354, 357, 358, 360, 361, 362, 365, 366, 367

préventions thérapeutiques, 312

programme, 2, 4, 5, 9, 16, 33, 43, 44, 46, 75, 77, 81, 83, 84, 85, 86, 97, 119, 150, 165, 179, 188, 190, 194, 195, 201, 205, 212, 215, 217, 219, 221, 222, 223, 225, 269, 292, 293, 294, 296, 298, 324, 325, 327, 329, 357, 361, 362, 366, 367

programmes de santé, 2, 23, 34, 61, 62, 99, 126, 145, 206, 213, 225, 300, 302, 314, 363

protection, 130, 289, 294, 302

Q

quotidien, 2, 3, 39, 57, 85, 100, 105, 111, 114, 115, 134, 201, 235, 236, 257, 259, 286, 288, 290, 299

R

représentations, 3, 4, 16, 20, 21, 23, 70, 72, 73, 79, 85, 87, 89, 90, 98, 99, 100, 104, 122, 129, 145, 234, 237, 245, 284, 287, 288, 290, 293, 301, 302, 306, 310, 311, 312, 317, 326, 329

responsable, 41, 52, 120, 125, 129, 135, 139, 151, 152, 155, 156, 158, 162, 163, 164, 172, 173, 177, 179, 183, 185, 187,

188, 190, 192, 193, 194, 195, 196, 203, 205, 206, 217, 218, 219, 225, 228, 229, 233, 235, 241, 243, 247, 248, 249, 255, 261, 296

responsables, 4, 17, 33, 38, 74, 87, 93, 118, 119, 120, 140, 151, 152, 156, 158, 160, 163, 165, 175, 177, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 195, 202, 203, 204, 207, 217, 221, 240, 241, 243, 245, 249, 254, 255, 257, 260, 261, 262, 265, 266, 270, 279, 293, 294, 296, 300, 303, 312, 313, 361

rivière, 46, 49, 57, 139

S

santé, v, vi, vii, 2, 3, 4, 5, 6, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 17, 18, 21, 22, 23, 27, 31, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 73, 77, 78, 79, 80, 81, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 92, 94, 99, 102, 103, 104, 107, 109, 110, 114, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 124, 126, 127, 128, 130, 133, 139, 140, 142, 147, 152, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 162, 168, 175, 176, 179, 180, 182, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 213, 214, 218, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 238, 246, 247, 248, 250, 252, 255, 256, 257, 258, 261, 262, 265, 266, 269, 271, 275, 277, 278, 279, 280, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 292, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 305, 306, 308, 309, 311, 312, 313, 314, 316, 318, 319, 320, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 333, 334, 336, 337, 338, 353, 362, 363, 364

sensibilisation, 46, 89, 126, 129, 130, 133, 146, 162, 166, 169, 170, 173, 177, 180, 181, 186, 190, 245, 260, 261, 280, 302

sensibilisations, 38, 170, 232

simulies, 5, 31, 52, 54, 55, 57, 74, 75, 76, 83, 84, 89, 95, 106, 135, 138, 140, 142,

211, 213, 232, 288, 290, 299, 311, 325, 362
socioculturel, 38, 66, 114, 276
socioculturelles, 6, 8, 23, 38, 64, 87, 112, 117, 131, 134, 136, 137, 164, 181, 265, 282, 292, 302, 308, 309
socioculturels, 3, 7, 90, 111, 118, 161, 232, 286, 308, 309
sociocultures, 64
soins, 16, 21, 33, 34, 35, 37, 38, 45, 59, 61, 62, 70, 73, 79, 88, 90, 100, 108, 141, 142, 143, 144, 146, 190, 271, 279, 293, 294, 305, 319, 328
strategie, 236

T

techniques, ix, x, 9, 14, 17, 19, 34, 74, 90, 132, 137, 210, 310, 326, 328
terrain, ix, 14, 15, 17, 19, 21, 45, 48, 49, 53, 57, 58, 65, 66, 81, 160, 166, 167, 172, 175, 177, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 192, 193, 194, 195, 211, 218, 220, 221, 223, 225, 226, 227, 234, 235, 240, 246, 253, 265, 267, 270, 294, 295, 297, 298, 301, 303, 304, 305, 309, 310, 313, 320, 321, 324
Thèse, i, ii, iii, 22, 330, 331, 332
TIDC, viii, ix, 4, 9, 16, 33, 44, 62, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 153, 154, 155, 160, 168, 171, 183, 188, 193, 201, 202, 205, 213, 217, 218, 225, 228, 234, 236, 238, 264, 279, 295, 296, 297, 298, 300, 301, 303, 305, 312, 313, 314, 322, 353, 355, 356, 359, 364
traitement, 2, 4, 7, 15, 16, 20, 39, 44, 45, 46, 51, 59, 74, 75, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 94, 97, 98, 99, 100, 109, 121, 125, 126, 127, 133, 134, 136, 140, 143, 144, 145, 146, 147, 151, 153, 154, 155, 165, 182, 188, 191, 208, 210, 212, 226, 231, 232, 233, 234, 235, 242, 246, 253, 258, 259, 261, 262, 264, 268, 269, 279, 295, 296, 302, 303, 304, 305, 309, 311, 312, 321, 322, 323, 330, 354, 357, 360, 361, 362, 365, 367

Traitement, viii, ix, 5, 35, 39, 44, 80, 85, 86, 154, 193, 201, 298, 305, 313, 324, 363
Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire, viii, 80, 85, 86, 155, 193, 201, 298, 305
traitement de masse, 90
travail, ii, ix, 13, 17, 19, 23, 24, 49, 51, 54, 64, 66, 69, 70, 90, 101, 114, 115, 135, 139, 152, 155, 164, 168, 175, 177, 178, 179, 180, 182, 183, 189, 192, 193, 195, 204, 207, 211, 213, 214, 218, 220, 221, 223, 225, 226, 227, 228, 229, 234, 235, 241, 245, 249, 262, 265, 277, 289, 300, 302, 303, 304, 308, 314, 321, 355
tropical, 35, 51, 103, 328
tropicales, ix, 3, 5, 2, 3, 8, 9, 25, 30, 31, 33, 42, 43, 44, 55, 66, 69, 70, 76, 79, 86, 92, 98, 99, 100, 102, 105, 107, 146, 286, 287, 305, 314, 322, 324, 327, 353, 354, 355, 356, 357, 359, 360, 364

U

usage, 5, 14, 39, 55, 97, 101, 114, 144, 147, 230, 257, 258, 259, 260, 262, 292, 305, 311
usages, 5, 7, 13, 15, 16, 24, 56, 59, 110, 114, 169, 174, 178, 190, 199, 216, 242, 252, 256, 257, 258, 259, 264, 291, 306, 309, 310, 312, 314, 354, 357, 358, 360, 361, 365, 366, 367
Usages détournés, 258

V

vaccins, 5, 88, 89, 91, 99, 145, 301, 319, 320
végétal, 55, 56, 103
Végétation, 55
végétaux, 56
vente, 37, 216, 217, 242, 262, 265, 266, 312

Z

zones endémiques, 3, 9, 45, 77, 78, 81, 85,
95, 97, 291, 299, 314

ANNEXES

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : outils de collecte des données

Annexe 2 : Note d'information et fiche de consentement éclairée

Annexe 3 et 4 : Autorisations de recherche

Annexe 5 : Accord de principe pour la recherche.

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Centre de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Sociales et Éducatives

Unité de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Humaines et Sociales

Département d'Anthropologie



Post Graduate School for Social and
Educational Sciences

Doctoral Research Unit for Human
and Social sciences

Department of Anthropology

FICHE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRE

Sujet de recherche : « *Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest* »

Introduction

Bonjour, mon nom est NSANGOU Moustapha Mohamed et je suis étudiant Doctorant à l'Université de Yaoundé I. Dans le cadre de mes travaux de thèse en Anthropologie, je m'intéresse à la problématique des pathologies culturelles et particulièrement aux Maladies Tropicales Négligées au Cameroun. Mon sujet est intitulé « ***Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest*** »

Objectifs de la recherche

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs explicatifs de la distance entre la couverture thérapeutique et la couverture géographique des programmes de lutte et notamment du TIDC. Autrement dit, nous cherchons à comprendre pourquoi la couverture géographique de la distribution des médicaments est supérieure à la consommation. Ou alors pourquoi cette maladie persiste dans la communauté malgré les actions thérapeutiques jusqu'ici mis en place.

Choix des participants

Vous avez été sélectionné pour participer à cette étude parce que nous estimons que vous avez une connaissance particulière en ce qui concerne les comportements culturels de santé dans votre communauté. Et aussi qu'en tant qu'acteur ou membre de cette communauté vous pouvez avoir une idée de comment la communauté se comporte face aux campagnes de lutte contre l'onchocercose avec notamment la distribution de l'Ivermectine, et comment ils réagissent lorsqu'ils font face à la maladie.

Participation

Votre participation à cette étude est volontaire. Elle va consister à répondre à certaines questions lors d'un entretien individuel (ou de Groupe). Notre entretien pourra avoir lieu où vous souhaitez et sera enregistré sur un enregistreur numérique, avec votre accord. Il va durer 45 minutes et nous aimerons apprendre un peu plus sur ce que vous faites face à l'onchocercose et comment les membres de votre communauté perçoivent l'onchocercose, les campagnes de distribution du Mectizan et l'élimination de cette maladie. Les questions porteront sur les thèmes : Mode de vie et persistance des maladies tropicales et couverture thérapeutique de l'onchocercose chez les Bamoun, les Activités de prévention et les usages culturels des médicaments préventifs de l'onchocercose chez les Bamoun, la gestion locale des programmes de prévention et de traitement de l'onchocercose chez les Bamoun et les représentations culturelles et thérapies de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun.

Confidentialité et gestion des données.

Toutes les données que vous nous fournirez seront gardées et traitées de manière confidentielle. Votre nom, ou toutes choses qui pourraient permettre de vous identifier ou d'identifier les personnes que vous allez mentionner, n'apparaîtront pas lors de la présentation des résultats. Si oui, nous affecterons des noms de codes lors de l'analyse des données. Par ailleurs, toutes les informations à caractère personnel, seront détruites une fois que notre recherche sera terminée. Les données recueillies ne serviront qu'à des fins de recherche. Elles pourront être encore utilisées pour d'autres recherches dont les thèmes se rapprocheront du nôtre. Il importe cependant que vous ayez connaissance sur d'éventuels risques, physiques et sociaux.

Risques

Il y a un risque minime que vous subissiez des torts physiques, moraux ou sociaux pendant que vous participez à cette étude.

Avantage

Il n'y a pas de bénéfices directs pour vous quant à votre participation à cette étude. Cependant, les informations que nous recevrons permettront de peaufiner les stratégies pour l'élimination de l'onchocercose au Cameroun en Afrique et dans le monde.

Compensation

Aucune compensation n'est prévue, à part la satisfaction d'avoir apporté votre contribution pour l'amélioration des stratégies du TIDC afin d'espérer l'élimination des Maladies et de l'onchocercose dans votre communauté et partout où cette maladie sévit.

Avez-vous des questions ?

Si à un moment donné, vous avez des questions, un problème ou si vous aimerez faire des propositions ou des suggestions sur le sujet et la méthode de travail concernant la recherche veuillez appeler : Pr. Socpa Antoine, notre superviseur au 677783852 ou nous contacter au 699180529.

Voulez-vous participer à notre étude ?

Je soussigné(e) Mr/Mme/Mlle.....consens librement à participer à la recherche intitulée « *Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest* ».

J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude. Je suis satisfait(e) des explications et des réponses que le chercheur m'a fournies.

Signature de l'enquêté.

Nom et Signature du chercheur.

Date.../.../....

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Centre de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Sociales et Éducatives

Unité de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Humaines et Sociales

Département d'Anthropologie



Post Graduate School for Social and
Educational Sciences

Doctoral Research Unit for Human
and Social sciences

Department of Anthropology

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES ACTEURS DÉCISIONNELS

Sujet de recherche : « *Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest* »

NOTE D'INFORMATION

Bonjour, mon nom est NSANGOU Moustapha Mohamed et je suis étudiant Doctorant à l'Université de Yaoundé I. Dans le cadre de mes travaux de thèse en Anthropologie, je m'intéresse à la problématique des pathologies culturelles et particulièrement aux Maladies Tropicales Négligées au Cameroun. Mon sujet est intitulé « ***Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest*** ». L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs explicatifs de la distance entre la couverture thérapeutique et la couverture géographique des programmes de lutte et notamment du TIDC. Autrement dit, nous cherchons à comprendre pourquoi la couverture géographique de la distribution des médicaments est supérieure à la consommation. Ou alors pourquoi cette maladie persiste dans la communauté malgré les actions thérapeutiques jusqu'ici mises en place.

Vous avez été sélectionné(e) pour participer à cette étude parce que vous faite partie des acteurs clés dans le processus de mise en œuvre des programmes d'une part, aussi nous estimons qu'en tant que membre de la communauté, votre position vous confère une certaine connaissance du sujet d'autre part. En tant qu'acteur ou membre de cette communauté vous pouvez avoir une idée de comment les populations se comportent face aux campagnes de lutte contre l'onchocercose avec notamment la distribution de l'Ivermectine, et comment elles réagissent lorsqu'elles font face à la maladie. Votre participation à cette étude est volontaire. Elle va consister à répondre à certaines questions lors d'un entretien individuel (ou de Groupe). Notre échange pourra avoir lieu où vous souhaitez et sera enregistré sur un enregistreur numérique avec votre accord. Il sera de 45 minutes et nous aimerons apprendre un peu plus sur ce que vous faites face à l'onchocercose et comment les membres de votre communauté perçoivent l'onchocercose, les campagnes de distribution du Mectizan et l'élimination de cette maladie. Les questions porteront sur les thèmes : Mode de vie et persistance des maladies tropicales et

couverture thérapeutique de l'onchocercose chez les Bamoun, les Activités de prévention et les usages culturels des médicaments préventifs de l'onchocercose chez les Bamoun, la gestion locale des programmes de prévention et de traitement de l'onchocercose chez les Bamoun et les représentations culturelles et thérapies de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun. Il n'y a pas de bénéfices directs pour vous quant à votre participation à cette étude. Cependant, les informations que nous recevrons de vous sont strictement confidentielles. Elles permettront d'améliorer la prévention et la prise en charge et l'élimination de cette maladie dans votre communauté et éventuellement au Cameroun et dans le monde.

I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Nom (s) et prénom (s)

Sexe

Age

Région de résidence

Niveau d'éducation

Statut social

Statut matrimonial

Religion

Ville/village/quartier

Groupe ethnique

Catégorie d'enquête

Adresse

Date de l'entretien

A. CULTURE ET PERSISTANCE DE L'ONCHOCERCOSE CHEZ LES BAMOUN

1. Connaissance de l'onchocercose

- Parlez-nous de l'onchocercose
- Connaissance des causes
- Modes de transmission
- Manifestations
- Préventions
- Nombre d'année passée dans le programme
- Quel était le taux de couverture de la dernière campagne de distribution ?
- Quel est le rapport entre les données de couverture et la réalité des couvertures ?
- Est-ce que les chiffres rapportés reflètent toujours la réalité ?

2. Gestion locale des programmes de prévention et de traitement de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun.

- Quelle est la politique de lutte contre l'onchocercose au Cameroun et comment elle s'exécute au niveau national, au niveau régional, au niveau local ?)
- Quel sont les difficultés de la mise en œuvre de cette stratégie ?
- Qui sont les acteurs impliqués dans la gestion des programmes de prévention au niveau de la communauté ?
- Quel est le profil des acteurs de la distribution ? comment sont-ils choisis ?
- Existe-t-il une prise en charge prévue pour ces acteurs ?
- Les populations sont-elles impliquées dans la gestion et de la distribution ? comment ?
- Que pensent les populations des activités de prévention ?)

- Comment s'organisent les campagnes de distribution au niveau institutionnel et au niveau de la communauté ?
- Quels sont les directives distribution ?
- Ces directives sont toujours respectées ?
- Que savez-vous des usages des médicaments distribués ?
- Combien de cas avez-vous d'onchocercose a été enregistré lors de la dernière campagne de distribution ?
- Mécanismes de suivi évaluation de la campagne

3. Difficultés rencontrées ;

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
- Quelles peuvent être vos propositions pour l'élimination de l'onchocercose dans la communauté ?

Je vous remercie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Centre de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Sociales et Éducatives

Unité de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Humaines et Sociales

Département d'Anthropologie



Post Graduate School for Social and
Educational Sciences

Doctoral Research Unit for Human
and Social sciences

Department of Anthropology

**GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES ACTEURS DE LA MISE EN ŒUVRE AU
NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ (DC ET AUTRES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS
LA DISTRIBUTION)**

Sujet de recherche : « *Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au
Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest* »

NOTE D'INFORMATION

Bonjour, mon nom est NSANGO Moustapha Mohamed et je suis étudiant Doctorant à l'Université de Yaoundé I. Dans le cadre de mes travaux de thèse en Anthropologie, je m'intéresse à la problématique des pathologies culturelles et particulièrement aux Maladies Tropicales Négligées au Cameroun. Mon sujet est intitulé « ***Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest*** ». L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs explicatifs de la distance entre la couverture thérapeutique et la couverture géographique des programmes de lutte et notamment du TIDC. Autrement dit, nous cherchons à comprendre pourquoi la couverture géographique de la distribution des médicaments est supérieure à la consommation. Ou alors pourquoi cette maladie persiste dans la communauté malgré les actions thérapeutiques jusqu'ici mises en place.

Vous avez été sélectionné(e) pour participer à cette étude parce que vous faites partie des acteurs clés dans le processus de mise en œuvre des programmes d'une part, aussi nous estimons qu'en tant que membre de la communauté, votre position vous confère une certaine connaissance du sujet d'autre part. En tant qu'acteur ou membre de cette communauté vous pouvez avoir une idée de comment les populations se comportent face aux campagnes de lutte contre l'onchocercose avec notamment la distribution de l'Ivermectine, et comment elles réagissent lorsqu'elles font face à la maladie. Votre participation à cette étude est volontaire. Elle va consister à répondre à certaines questions lors d'un entretien individuel (ou de Groupe). Notre échange pourra avoir lieu où vous souhaitez et sera enregistré sur un enregistreur numérique avec votre accord. Il sera de 45 minutes et nous aimerons apprendre un peu plus sur ce que vous faites face à l'onchocercose et comment les membres de votre communauté perçoivent l'onchocercose, les campagnes de distribution du Mectizan et l'élimination de cette maladie.

Les questions porteront sur les thèmes : Mode de vie et persistance des maladies tropicales et couverture thérapeutique de l'onchocercose chez les Bamoun, les Activités de prévention et les usages culturels des médicaments préventifs de l'onchocercose chez les Bamoun, la gestion locale des programmes de prévention et de traitement de l'onchocercose chez les Bamoun et les représentation culturelles et thérapies de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun. Il n'y a pas de bénéfices directs pour vous quant à votre participation à cette étude. Cependant, les informations que nous recevrons de vous sont strictement confidentielles. Elles permettront d'améliorer la prévention et la prise en charge et l'élimination de cette maladie dans votre communauté et éventuellement au Cameroun et dans le monde.

II. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Nom (s) et prénom (s)
Sexe
Age
Région de résidence
Niveau d'éducation
Statut social
Statut matrimonial
Religion
Ville/village/quartier
Groupe ethnique
Catégorie de participant
Adresse
Date de l'entretien

Logiques culturelles, couverture thérapeutique et persistance de l'onchocercose chez les Bamoun

- Connaissance de l'onchocercose (l'onchocercose selon vous c'est quoi ? /quelle est la dénomination locale ? avez-vous connaissance des causes ? modes de transmission comment est-ce qu'elle se transmet ? comment elle se manifeste ? existe-t-il d'autres manifestations que vous connaissez ? existe-t-il d'autres causes que relèvent souvent les membres de votre communauté ? que pensez-vous de cette maladie ? comment la traite-t-on ?
- Que pensent les populations de cette maladie et du traitement donné ?
- Choix et formation des distributeurs (comment devient-on distributeur ? depuis combien d'années êtes-vous distributeur ? est-ce que vous recevez une formation à chaque fois avant le début de chaque campagne de distribution ? la substance de la formation reçue)

Campagnes thérapeutiques et distribution de masse

- Nombre d'année passée dans la communauté (depuis quand est-ce qu'on a commencé à parler de cette maladie ici ? pouvez-vous nous parler de comment ça s'est passé jusqu'ici ?
- Connaissance sur les campagnes thérapeutiques (Que savez-vous des campagnes de distribution de masse, comment elles se déroulent ? comment est-ce qu'on distribue le médicament ? Quelles sont les instructions de prise des médicaments ? vous expliquez souvent le bienfondé des médicaments aux populations avant la leur remettre ? en dehors de vous y a-t-il d'autres moyens d'acquérir le médicament ? quelles sont les recommandations à observer pour la prise des médicaments ?)

Usage locale des médicaments distribués pour la prévention et le traitement de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun ?

- Usage des médicaments (pourquoi selon vous distribue-t-on le médicament ? en dehors de celui de soigner l'onchocercose est-ce qu'il traite autre chose ? Y a-t-il d'autres usages du médicament en dehors de celui du traitement de l'onchocercose utilisé par les populations lorsque vous le leur remettez ?
- Opinion des DC sur la perception des populations autour des campagnes
- Appropriation du programme de lutte contre l'onchocercose par les populations bénéficiaires (comment les populations s'impliquent sur les campagnes de distribution de masse ? quelles sont les initiatives des populations en faveur des programmes)

Activités de prévention et usages culturels des médicaments préventifs de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun

- Acteurs engagés dans l'implémentation des activités dans la communauté et leurs fonctions respectives (DC, Élite, leaders traditionnels, religieux, responsables d'école, etc.)
- Rapport avec votre hiérarchie et collègues dans le programme/pendant les campagnes
- Mécanismes d'évaluation de la mise en œuvre de la campagne
- Stratégies de distribution des médicaments de prévention (comment s'effectue souvent la distribution ici dans la communauté ? est-ce que tout le monde reçoit souvent le médicament pendant la distribution ? est-ce qu'en dehors des campagnes distribuez-vous le médicament si vous êtes sollicité ?)
- Couverture de la distribution (à combien est-ce que vous traitez souvent chaque membre de la communauté ? quelles sont les conditions pour accéder au médicament pendant la campagne ? quels sont les instructions que vous donnez pour la prise des médicaments ?)

est-ce que tous ceux qui reçoivent le médicament le consomment comme vous le prescrivez? prennent-ils souvent le médicament pour d'autres buts que celui que vous leur prescrivez? est-ce qu'il y a souvent des personnes qui refusent de prendre le médicament et quels sont souvent les raisons évoquées? est-ce qu'il y a souvent reste de médicament que vous gardez? en dehors des périodes de campagne est-il possible d'avoir le médicament chez vous? que faites-vous souvent du reste des médicaments que vous n'avez pas pu distribuer?)

Gestion locale des programmes de prévention et de traitement de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun.

- Gestion locale des programmes (qui sont les acteurs impliqués dans la gestion des programmes de prévention au niveau de la communauté ? existe-t-il une prise en charge prévue pour ces acteurs ? quel est le profil des acteurs de la distribution ? les populations sont-elles impliquées dans la gestion de la distribution et comment le sont-ils ?)
- Adhésion des populations aux campagnes de prévention (les populations acceptent-ils toujours de recevoir les distributeurs ? que pensez-vous de cette activité ?)
- Stratégies communautaire et implication des communautés dans les programmes (comment est-ce que les communautaires s'impliquent dans le programme ? quel est le rôle des élites et comment est-ce qu'elles s'impliquent ?)
- De la rémunération (existe-t-il des rémunérations pour l'ensemble des acteurs et comment elles sont organisées ? que pensez-vous de la prise en charge des acteurs qui interviennent au niveau local dans le programme ?)
- Difficultés rencontrées
- Quelques suggestions

Représentation culturelles et thérapies de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun

- Perception locale des campagnes de prévention de l'onchocercose (que pensez-vous des campagnes de distribution du Mectizan pour la prévention de l'onchocercose ?)
- Perception locale de l'onchocercose (que pensez-vous de cette maladie ?)
- Perception des causes (selon vous quelles sont les causes de cette maladie ? en dehors des causes biomédicales ou biologiques y a-t-il selon vous d'autres causes ? pensez-vous que cette maladie peut avoir d'autres origines en dehors des piqûres des simuliés ?)
- Perception des médicaments de prévention distribués (que pensez-vous des médicaments qu'on distribue pendant les campagnes ? sont-ils efficaces pour

l'onchocercose ? sont-ils efficaces pour d'autres pathologies locales ? les utilisez-vous pour d'autres fins ? vous les utilisez pour résoudre quel autre problème ?)

- Gestion locale des effets secondaires liés à la prise des médicaments : (comment est-ce que vous gérez les cas de complication après consommation des médicaments ? que font les populations en cas de réaction allergique au médicament ?)
- Stratégies locales de prise en charge (quelle est la démarche thérapeutique indiquée en cas d'onchocercose ? comment faites-vous dans la communauté pour soigner les personnes malades ? est-ce qu'il existe des personnes ici qui prennent en charge la maladie ? en dehors du recours biomédical existe-t-il des cas pris en charge par des traitants locaux ?)

Je vous remercie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

**Centre de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Sociales et Éducatives**

**Unité de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Humaines et Sociales**

Département d'Anthropologie



**Post Graduate School for Social and
Educational Sciences**

**Doctoral Research Unit for Human
and Social sciences**

Department of Anthropology

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ

Sujet de recherche : « *Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest* »

NOTE D'INFORMATION

Bonjour, mon nom est NSANGOU Moustapha Mohamed et je suis étudiant Doctorant à l'Université de Yaoundé I. Dans le cadre de mes travaux de thèse en Anthropologie, je m'intéresse à la problématique des pathologies culturelles et particulièrement aux Maladies Tropicales Négligées au Cameroun. Mon sujet est intitulé « ***Persistance des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest*** ». L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs explicatifs de la distance entre la couverture thérapeutique et la couverture géographique des programmes de lutte et notamment du TIDC. Autrement dit, nous cherchons à comprendre pourquoi la couverture géographique de la distribution des médicaments est supérieure à la consommation. Ou alors pourquoi cette maladie persiste dans la communauté malgré les actions thérapeutiques jusqu'ici mises en place.

Vous avez été sélectionné(e) pour participer à cette étude parce que vous faite partie des acteurs clés dans le processus de mise en œuvre des programmes d'une part, aussi nous estimons qu'en tant que membre de la communauté, votre position vous confère une certaine connaissance du sujet d'autre part. En tant qu'acteur ou membre de cette communauté vous pouvez avoir une idée de comment les populations se comportent face aux campagnes de lutte contre l'onchocercose avec notamment la distribution de l'Ivermectine, et comment elles réagissent lorsqu'elles font face à la maladie. Votre participation à cette étude est volontaire. Elle va consister à répondre à certaines questions lors d'un entretien individuel (ou de Groupe). Notre échange pourra avoir lieu où vous souhaitez et sera enregistré sur un enregistreur numérique avec votre accord. Il sera de 45 minutes et nous aimerons apprendre un peu plus sur ce que vous faites face à l'onchocercose et comment les membres de votre communauté perçoivent

l'onchocercose, les campagnes de distribution du Mectizan et l'élimination de cette maladie. Les questions porteront sur les thèmes : Mode de vie et persistance des maladies tropicales et couverture thérapeutique de l'onchocercose chez les Bamoun, les Activités de prévention et les usages culturels des médicaments préventifs de l'onchocercose chez les Bamoun, la gestion locale des programmes de prévention et de traitement de l'onchocercose chez les Bamoun et les représentation culturelles et thérapies de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun. Il n'y a pas de bénéfices directs pour vous quant à votre participation à cette étude. Cependant, les informations que nous recevrons de vous sont strictement confidentielles. Elles permettront d'améliorer la prévention et la prise en charge et l'élimination de cette maladie dans votre communauté et éventuellement au Cameroun et dans le monde.

III. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Nom (s) et prénom (s)
Sexe
Age
Région de résidence
Niveau d'éducation
Statut social
Statut matrimonial
Religion
Ville/village/quartier
Groupe ethnique
Catégorie de participant
Adresse
Date de l'entretien

Logiques culturelles, couverture thérapeutique et persistance de l'onchocercose chez les Bamoun

- Connaissance de l'onchocercose (avez-vous déjà entendu parler de l'onchocercose ? l'onchocercose selon vous c'est quoi ? /quel est la dénomination locale ? avez-vous connaissance des causes ? modes de transmission comment est-ce qu'elle se transmet ? comment elle se manifeste ?
- Perception locale de l'onchocercose (que pensez-vous de l'onchocercose ? comment le traite-t-on culturellement ? que disent les gens de la communauté par rapport à cette maladie ?)
- En dehors des causes liées aux piqûres d'insectes, est-ce qu'il y a d'autres causes localement connues de l'onchocercose ?

- Nombre d'année passée dans la communauté (Depuis combien de temps êtes-vous dans cette communauté ? depuis quand est-ce qu'on a commencé à parler de cette maladie ici ? que pouvez-vous dire par rapport aux campagnes de distribution de Mectizan ?

Implication des populations

- Choix des distributeurs : (comment on désigne souvent ceux qui distribuent le médicament dans la communauté ? Qui les désigne souvent ? quel est le profil des acteurs de la distribution ?
- Appropriation du programme de lutte contre l'onchocercose par les populations bénéficiaires (comment les populations s'impliquent dans la distribution de masse ? quelles sont les initiatives des populations en faveur de cette campagne ?)
- Existe-t-il souvent des réunions communautaires pour préparer les campagnes de distribution ?)

Activités de prévention et usages culturel des médicaments préventifs de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun

Connaissance sur les campagnes thérapeutiques/Activités de préventions/activité de prise en charge

- Quels sont les activités de lutte menées dans la communauté ?
- Qui sont ceux chargés de vous distribuer les médicaments ? quelles sont les informations qu'ils vous donnent souvent par rapport aux médicaments et à la maladie ? ils vous expliquent souvent pourquoi la distribution des médicaments ? en dehors de ces distributeurs, y a-t-il d'autres moyens d'acquérir le médicament ? quels sont les problèmes que vous rencontrez par rapport à ces campagnes de distribution de masse ?
- Stratégies de distribution des médicaments de prévention (comment s'effectue souvent la distribution ici dans la communauté ? quels sont les critères pour accéder au médicament ? comment est-ce que vous faites pour accéder au médicament pendant la campagne ? est-ce que tout le monde reçoit souvent le médicament pendant la distribution ? que font souvent les absents pour avoir le médicaments ? est-ce qu'en dehors des campagnes vous avez la possibilité d'avoir le médicament si vous le sollicitez ?)
- Couverture de la distribution (quelles sont les conditions pour accéder au médicament pendant la campagne ? quels sont les instructions données par le distributeur pour la prise des médicaments ? est-ce que tous ceux qui reçoivent le médicament le

consomment comme il est prescrit par le distributeur ? prennent-ils souvent le médicament pour d'autres buts que celui prescrit par le distributeur ? est-ce qu'il y a souvent des personnes qui refusent de prendre le médicament et quels sont souvent les raisons évoquées ? est-ce qu'il y a souvent reste de médicament que le distributeur garde ? en dehors des périodes de campagne est-il possible d'avoir le médicament chez le distributeur ou ailleurs?)

Usage locale des médicaments distribués pour la prévention et le traitement de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun ?

- Usage des médicaments (pourquoi selon vous distribue-t-on le médicament ? quel est selon vous le rôle que joue le médicament ? il soigne quoi ? en dehors de celui de soigner l'onchocercose est-ce qu'il traite autre chose ? si oui pour quel but et comment ? Y a-t-il d'autres usages du médicament en dehors de celui du traitement de l'onchocercose ? comment les utilisez-vous en dehors de les prendre pour l'onchocercose ?)
- Usages culturels de l'Ivermectine (quels sont les autres usages de l'Ivermectine ? est-ce que le médicament sert pour autre chose ? est-ce que ça soigne autre maladie en dehors de l'onchocercose ?)
- À votre connaissance, parlez-nous d'un cas d'onchocercose dans la famille ou dans le village et comment est-ce qu'on a fait pour prendre en charge ?

Gestion locale des programmes de prévention et de traitement de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun.

- Gestion locale des programmes (qui sont les acteurs impliqués dans la gestion des programmes ? au niveau de la communauté ? existe-t-il une prise en charge prévue ? les populations sont-elles impliquées dans la gestion de la distribution, si oui comment ?)
- Stratégies communautaire et implication des communautés dans les programmes (comment est-ce que les communautaires s'impliquent dans le programme ? quel est le rôle des élites et comment est-ce qu'elles s'impliquent ?)
- Perception des programmes par les populations locales (que pensez-vous du programme/ campagnes de distribution de l'Ivermectine dans votre communauté ?)
- Quelques suggestions

Représentation culturelles et thérapies de l'onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest-Cameroun

- Perception locale des campagnes de prévention de l'onchocercose (que pensez-vous des campagnes de distribution du Mectizan pour la prévention de l'onchocercose ?)
- Perception locale de l'onchocercose (que pensez-vous de cette maladie ?)

- Perception des causes (selon vous quelles sont les causes de cette maladie ?
- Perception des médicaments de prévention distribués (que pensez-vous des médicaments qu'on distribue pendant les campagnes ? sont-ils efficaces pour l'onchocercose ? sont-ils efficaces pour d'autres pathologies locales ? les utilisez-vous pour d'autres fins ?
- Stratégies locales de prise en charge (quelles est la démarche thérapeutique indiquée en cas d'onchocercose ? comment faites-vous dans la communauté pour soigner les personnes malades ? est-ce qu'il existe des personnes ici qui prennent en charge la maladie ? en dehors du recours biomédical existe-t-il des cas pris en charge par des traitants locaux ? Comment est-ce que les gens font lorsqu'ils ont un cas de filaire/onchocercose)

Je vous remercie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Centre de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Sociales et Éducatives

Unité de Recherche et de Formation
Doctorale en Sciences Humaines et Sociales

Département d'Anthropologie



Post Graduate School for Social and
Educational Sciences

Doctoral Research Unit for Human and
Social sciences

Department of Anthropology

Fait à Yaoundé le....**29 JUN 2018**..

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur MBONJI Edjenguèlè, Chef du Département d'Anthropologie de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I, Atteste que l'étudiant **NSANGOU Moustapha Mohamed, Matricule 08J363** est inscrit en Doctorat/Ph.D dans ledit Département. Il mène ses travaux universitaires sur le thème : « *Plasticité des pathologies tropicales et maladies culturelles au Cameroun : cas de l'onchocercose chez les Bamoun à l'Ouest* », sous la direction du **Professeur SOCPA Antoine**.

A cet effet, je vous saurais gré des efforts que vous voudriez bien faire afin de fournir à l'intéressé toute information en mesure de l'aider.

En foi de quoi, la présente autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Le Chef de Département



Professeur : Mbonji Edjenguèlè

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix- Travail- Patrie

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DELEGATION REGIONALE DE L'OUEST

B.P. 479 TEL (00237) 33 44 14 17
Email : dpsp_ouest@yahoo.fr



Ministère de la
Santé Publique

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace- Work- Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

WEST REGIONAL DELEGATION

P.O.BOX. 479 PHONE (00237) 33 44 14 17
Email : dpsp_ouest@yahoo.fr

N° 573 /L/MINSANTE/SG/DRSPO/CBF

Bafoussam, 11 6 AVR 2019

LE DELEGUE REGIONAL

A

Monsieur NSANGO Moustapha Mohamed
Doctorant/PhD
UNIVERSITE DE YAOUNDE I

Objet : Accord de principe pour recherche

Faisant suite à la correspondance transmis dans mes services, sollicitant une autorisation de recherche en vue de la soutenance de mémoire portant sur le thème :
« Plasticité des pathologies tropicales et les maladies culturelles au Cameroun, cas de l'Onchocercose chez les Bamoun de l'Ouest »

J'ai l'honneur de marquer mon accord de principe pour la mise en œuvre de cette recherche pour la période d'Avril à Octobre 2019, sous réserve de la délivrance d'une clairance éthique.

A cet effet, l'activité se menant en communauté, vous voudrez bien vous rapprocher non seulement des autorités administratives locales mais aussi des Chefs de Districts sous l'autorité de laquelle cette recherche sera menée.

Copie : CDS : Massangam, Foubot et Kouoptamo



LE DELEGUE REGIONAL,

Dr. Moungain Salifou El Hadj
Médecin de Santé Publique
Economiste de Santé
Commandeur du Mérite Camerounais

TABLE DES MATIÈRES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
SOMMAIRE	iii
LISTE DES ILLUSTRATIONS	iv
LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES	v
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
 INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	 1
0.1. Contexte de l'étude	2
0.1.1. Historique de l'Onchocercose	2
0.1.2. Situation dans le monde.....	3
0.1.3. Situation en Afrique.....	3
0.1.4. Situation au Cameroun	4
0.1.5. État général de santé de la population	5
0.2. Justification de l'étude.....	8
0.2.1. Raisons personnelles.....	8
0.2.2. Raisons scientifiques	9
0.3. Justification du site de l'étude	9
0.4. Problème de recherche.....	10
0.5. Problématique.....	11
0.6. Questions de recherche	12
0.6.1. Question principale.....	12
0.6.2. Questions secondaires.....	12
0.7. Hypothèses de recherche	12
0.7.1. Hypothèse principale	13
0.7.2. Hypothèses spécifiques.....	13
0.8. Objectifs de recherche	14
0.8.1. Objectif principal.....	14
0.8.2. Objectifs spécifiques.....	14
0.9. Intérêt de l'étude	14

0.9.1. Intérêt théorique.....	14
0.9.2. Intérêt pratique.....	15
0.10. MÉTHODOLOGIE	15
0.10.1. Population cible	16
0.10.2. Population de l'étude	16
0.10.2.1. Taille de la population de l'étude	16
0.10.3. Méthode de collecte des données	18
0.10.3.1. Recherche documentaire.....	19
0.10.3.2. Collecte des données sur le terrain	19
0.10.4. Techniques de collecte des données	20
0.10.5. Outils de collecte des données.....	21
0.10.6. Procédures de collecte des données.....	22
0.10.7. Procédure de travail sur le terrain.....	23
0.10.8. Procédure linguistique	23
0.11. Considérations éthiques.....	23
0.12. Cadre théorique.....	25
0.13. Analyse et interprétation des données	25
0.13.1. Analyse des données.....	25
0.13.1.1. Procédure d'analyse des données	27
0.13.2. Interprétation des données	27
0.14. Délimitation de l'étude	28
0.14.1. Cadre spatial et temporel de l'étude	28
0.14.2. Délimitation scientifique	28
0.15. Limites du travail.....	28
0.15.1. Limites spatiales	29
0.15.2. Limites Scientifiques	29
0.16. Difficultés rencontrées.....	29
0.17. Plan du travail.....	29
 CHAPITRE 1: MONOGRAPHIE DES SITES DE L'ÉTUDE : FOUMBOT, KOUOPTAMO ET MASSANGAM	 31
Introduction	31
1.1. Sites de l'étude	35
1.1.1. Présentation du Cameroun.....	35

1.1.1.1. Situation géographique	35
1.1.1.2. Milieu humain	35
1.1.1.3. Caractéristiques de la population.....	36
1.1.1.4. Organisation politico-administrative	37
1.1.1.5. Organisation du système de santé.....	39
1.1.1.6. Situation sanitaire générale de la population.....	43
1.1.1.7. Situation de la lutte contre les maladies tropicales négligées (MTN)	47
1.1.2. PRÉSENTATION DE LA ZONE D'ÉTUDE.....	51
1.1.2.1. Cadre historique, culturel et physique du département du Noun.	52
1.1.2.2. Localisation spatiale et humaine du cadre de l'étude	54
1.1.2.3. Présentation du cadre géographique de l'étude	54
1.1.2.1. Climat	56
1.1.2.2. Relief	58
1.1.2.3. Sols	59
1.1.2.4. Végétation.....	61
1.1.2.5. Hydrographie	62
1.1.2.6. Faune	63
1.1.2.7. Milieu humain	64
1.1.2.8. Religion	67
1.1.2.9. Organisation du système de santé dans les différentes zones d'étude.....	67
1.1.2.10. Communication	68
1.1.2.11. Organisation socioculturelle	69
1.1.2.12. Organisation administrative.....	70
Conclusion.....	71

CHAPITRE 2 : REVUE DE LA LITTÉRATURE, CADRE THÉORIQUE ET

ÉLABORATION DES CONCEPTS	72
2.1. Revue de la littérature.....	73
2.1.2. Onchocercose au Cameroun	78
2.1.3. Lutte contre l'onchocercose au Cameroun	85
2.1.4. Origine des campagnes de lutte contre l'onchocercose.....	86
2.1.5. Organisation de la lutte contre l'onchocercose.....	88
2.1.6. Traitement à l'Ivermectine sous Directive Communautaire (TIDC).....	89
2.1.7. Représentations socioculturelles des campagnes de santé de masse	91

2.1.7.1. Représentations et perceptions du Mectizan	91
2.1.7.2. Prévention des maladies et vérité des campagnes de masse.....	93
2.1.7.3. Résistance au traitement de masse à l'Ivermectine	93
2.1.8. Culture et réticence des populations aux campagnes de prévention de masse.....	94
2.1.8.1. Religions et lutte contre la maladie	96
2.1.9. Maladies Tropicales Négligées.....	97
2.1.9.1. Dengue.....	97
2.1.9.2. Rage.....	98
2.1.9.3. Filariose Lymphatique.....	98
2.1.9.4. Maladie de Chaggas.....	98
2.1.9.5. Trachome	98
2.1.9.6. Lèpre.....	99
2.1.10. Onchocercose.....	99
2.1.10.1. Manifestations nodulaires.....	100
2.1.10.2. Manifestations cutanées, lymphatiques et oculaires.....	100
2.1.10.3. Autres manifestations	101
2.1.11. Stratégies de lutte initiées contre l'onchocercose en Afrique.....	101
2.2. Critique de la revue de la littérature	102
2.3. Définition des concepts	105
2.3.1. Schéma Conceptuel	111
2.4. Cadre Théorique	111
2.4.1. Approche culturelle interprétative	112
2.4.1.0. Implications de l'approche culturelle interprétative.....	114
2.4.2. Ethnométhodologie.....	115
2.4.2.0. Éléments de l'ethnométhodologie choisis pour exprimer la réalité étudiée.....	118
2.4.3. Approche écologique en anthropologie médicale	119
2.4.3.0. Utilisation de l'approche écologique pour expliquer la persistance de l'onchocercose dans les milieux écologiques étudiés.....	120

CHAPITRE 3: PERCEPTIONS DES POPULATIONS EN RAPPORT AVEC LA PERSISTANCE DE L'ONCHOCERCOSE CHEZ LES BAMOUN DU NOUN	121
3.1. Connaissance de l'Onchocercose	122
3.1.1. Existence de la maladie et son impact sur les communautés	122
3.1.2. Connaissances des responsables des formations sanitaires et agents de santé.....	123

3.1.3. Connaissances des Distributeurs Communautaires sur l'onchocercose	125
3.1.4. Connaissance de l'onchocercose par les populations	126
3.2. Dénomination locale de l'onchocercose	127
3.2.1. Onchocercose comme Filaires.....	127
3.2.2. Onchocercose comme You-you	129
3.2.3. Onchocercose, Yah Feu-mi	129
3.3. Perceptions sur l'étiologie, manifestation et prise en charge de la maladie	130
3.3.1. Connaissance des causes par la population bénéficiaire des programmes de santé	130
3.3.2. Connaissance des causes par les Distributeurs Communautaires.....	132
3.3.3. Perception des causes de l'onchocercose dans les communautés de Massangam, Fosset et Kouoptamo	134
3.3.3.1. Onchocercose due à l'environnement.....	134
3.3.3.2. Onchocercose et mysticisme	135
3.3.3.3. Onchocercose causée par l'activité socioculturelle	136
3.3.3.4. Perceptions des populations de Fosset, Massangam et Kouoptamo sur l'onchocercose	137
3.4. Activités socioculturelles en rapport à la persistance de l'Onchocercose	139
3.4.1. Agriculture, //fah Mansié//	140
3.4.2. Pêche.....	141
3.4.3. Lieux des activités et exposition à la maladie ou au vecteur.....	142
3.5. Prise en charge de l'onchocercose dans les communautés.....	146

CHAPITRE 4: PRÉVENTION DE L'ONCHOCERCOSE DANS LES COMMUNAUTÉS BAMOUN DE FOSSET, KOUOPTAMO ET MASSANGAM.....	153
Introduction	154
4.1. Campagnes de distribution de masse du Mectizan.....	154
4.1.1. Historique des campagnes de masse dans les communautés.....	154
4.1.2. Historique sociale de la consommation du Mectizan	157
4.2. Organisation des campagnes annuelles de distribution de masse du Mectizan.....	158
4.2.1. Organisation des campagnes au niveau des acteurs institutionnels.....	160
4.2.1.1. Au niveau régional.....	160
4.2.1.2. Au niveau des districts de santé.....	161
4.2.1.3. Organisation des campagnes au niveau communautaire	162
4.2.1.4. Organisation des campagnes et périodes d'activités culturelles.....	166

4.3. Déroulement des campagnes thérapeutiques dans les communautés et gestion du programme onchocercose	169
4.3.1. Processus de distribution communautaire du Mectizan	169
4.3.2. Connaissance sur le but de la distribution du Mectizan	171
4.3.3. Déroulement de la campagne de distribution	173
4.3.3.1. Sensibilisation.....	173
4.3.3.2. Enregistrement.....	174
4.3.3.3. Distribution.....	175
4.3.3.4. Vérification et transfert des données	176
4.3.3.5. Recommandations pour l'administration du médicament	177
4.4. Application des instructions officielles de distribution et de consommation du Mectizan....	178
4.4.1. Distribution contrôlée	179
4.4.2. Distribution communautaire et Application des méthodes d'enregistrement des personnes éligibles.....	181
4.5. Gestion du programme communautaire de Mectizan.....	182
4.5.1. Implication des élites et autorités locales dans la gestion des programmes	183
4.5.2. Mécanismes de suivi et évaluation mis en place au niveau local.....	185
4.5.3. Implication des autorités administratives et contrainte à l'adhésion aux campagnes	186
4.5.4. Implication de la communauté dans les campagnes de distribution de masse	187
4.6. Théorie et réalité de la couverture de la campagne de distribution du Mectizan	188
4.6.1. Connaissance des instructions de distribution	190
4.6.2. Application des instructions de distribution et de consommation recommandée ...	190
4.6.3. Stratégies locales pour atteindre des objectifs.....	192
4.6.4. Campagnes de distribution de masse dans la socioculture bamoun du Noun	193
4.7. Gestion des données régionales de l'onchocercose.....	194
4.7.1. Production des données	195
4.7.2. Mécanismes d'évaluation et confrontation des données	196
4.7.3. Inadéquation entre données officielles et données réelles.....	196
4.7.3.1. Chiffres rapportés et réalité de terrain : rigueur dans le travail par les DC.....	197
4.7.3.2. Éléments de référence utilisés pour la vérification des données	199
4.7.3.3. Gestion des données au niveau local	203

CHAPITRE 5 : IMPLICATION DES DISTRIBUTEURS COMMUNAUTAIRES :	
STRATÉGIES ALTERNATIVES DANS LA LOCALITÉ DE MASSANGAM.....	207
Introduction	208
5.1. Distributeur Communautaire	208
5.1.1. Devenir un distributeur communautaire	209
5.1.1.1. Devenir DC Par reconduction ou renouvellement demandé par la communauté.	209
5.1.1.2. Distributeur choisi par le chef de la communauté à la demande de l'hôpital.....	210
5.1.1.3. Distributeurs communautaires, personnels de la formation sanitaire.....	211
5.1.2. Profil du Distributeur Communautaire	212
5.1.3. Expérience de distributeur	215
5.1.4. Formation des distributeurs communautaires.....	216
5.1.4.1. Modules de formation des DC.....	216
5.1.4.2. Connaissance du mode de transmission de l'onchocercose	217
5.1.4.3. Connaissances des Distributeurs Communautaires sur l'onchocercose	218
5.1.4.4. Connaissance des Distributeurs Communautaires sur les manifestations de l'onchocercose	219
5.1.5. Travail de Distributeurs Communautaires et gestion du médicament post campagne	220
5.1.5.1. Travail de distributeur communautaire : une activité ponctuelle	220
5.1.5.2. Distribution communautaire, du volontariat au bénévolat	221
5.1.5.3. Détention abusive du médicament et distribution au-delà des périodes de campagnes	221
5.1.5.4. Distributeurs communautaires et vente des médicaments.....	223
5.1.6. Prise en charge des distributeurs communautaires	224
5.1.6.1. Motivation des distributeurs communautaires.....	227
5.1.6.2. Prise en charge des DC et performances sur le terrain	228
5.1.6.3. Prise en charge, fiabilité de la couverture et démission des Distributeurs Communautaires.....	229
5.1.6.4. Stratégies locales pour retenir les DC dans la distribution.....	231
5.1.6.5. Supervision des activités de Distributeurs Communautaires sur le terrain	232
5.1.6.6. Implication de la communauté dans la prise en charge des Distributeurs Communautaires.....	234
5.1.6.7. Malversations financières autour de la prise en charge des Distributeurs Communautaires.....	236

5.2. Stratégies alternatives dans les hots spots à Massangam	238
5.2.1. Organisation et gestion du traitement à la cycline.....	241
5.2.1.1. Disponibilité des DC et distribution des packs alimentaires	242
5.2.1.2. Stratégie alternative et découverte du Mectizan.....	243
5.2.1.3. Représentations de l'approche alternative test and treat	244

CHAPITRE 6 : FACTEURS EXPLICATIFS DE LA PERSISTANCE DE	
L'ONCHOCERCOSE CHEZ LES BAMOUN DE KOUOPTAMO, MASSANGAM ET	
FOSSET	246
6.1. Fiabilité des données et persistance de la maladie	247
6.2. Déplacement des populations, autre facteur de la persistance de l'onchocercose.....	249
6.3. Conflits entre Distributeurs Communautaires et populations bénéficiaires	251
6.4. Représentations favorables à la persistance de la maladie	252
6.5. Refus du médicament	253
6.5.1. Mectizan comme catalyseur des maladies.....	253
6.5.2. Impact de la persistance de l'Onchocercose sur les activités socioéconomiques des populations	254
6.5.3. Crainte d'effets secondaires et refus du médicament	256
6.6. Périodicité de la distribution du Mectizan.....	257
6.6.1. Objectifs de la distribution du Mectizan	257
6.6.2. Disponibilité du Mectizan post-campagnes de distribution de masse.....	259
6.6.3. Dépendance au médicament	260
6.6.4. Perception locale du Mectizan.....	261
6.7. Usages locaux du Mectizan	263
6.7.1. Expériences personnelles et usages du Mectizan	264
6.7.2. Usages détournés du Mectizan	265
6.7.2.1. Mectizan : poison pour les poux.....	266
6.7.2.2. Mectizan : médicament pour les animaux	268
6.7.2.3. Mectizan et fatigue	269
6.7.2.4. Mectizan et avortements.....	270
6.7.2.5. Dimensions Plurielles de l'usage du Mectizan.....	271
6.8. Disfonctionnement sur la stratégie de lutte contre l'onchocercose	271
6.8.1. Difficultés liées aux distributeurs	272
6.8.2. Sources d'approvisionnement du Mectizan à Kouoptamo, Massangam et Fosset..	273

6.8.3. Vente illégale du Mectizan, circuits d'approvisionnement	274
6.9. Effets secondaires liés à la consommation du Mectizan	276
6.9.1. Prise en charge des effets secondaires du Mectizan	278
6.9.2. Information reçue sur le vécu des effets secondaires du médicament par des tiers	279

CHAPITRE 7: PERSPECTIVES D'INTERPRETATIONS DES PRATIQUES

CULTURELLES LIÉES À LA PERSISTANCE DE L'ONCHOCERCOSE CHEZ LES

BAMOUN DE KOUOPTAMO, MASSANGAM ET FOSSET	281
Introduction	282
7.1. Déterminants de la persistance de l'onchocercose	282
7.1.1. Déterminants culturels de la persistance de l'onchocercose	282
7.1.1.1. Religion et persistance de l'onchocercose.....	284
7.1.1.2. Agriculture et pêche comme facteur de la persistance de la maladie	285
7.1.1.3. Pratique de l'élevage comme facteur de persistance de la maladie.....	285
7.2. Connaissance et persistance de l'onchocercose dans les communautés de Kouoptamo, Fosset et Massangam.....	286
7.2.1. Sens et signification des différentes dénominations attribuées à l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et Massangam	287
7.2.1.1. Filaires	288
7.2.1.2. //You-you// gratter-gratter	288
7.2.1.3. //Yah Feu-mi// « Maladie de l'aveuglement » ou cécité	289
7.3. Perception de l'étiologie de l'onchocercose chez les Bamoun à Kouoptamo, Fosset et à Massangam	290
7.3.1. Étiologie de l'onchocercose à l'image du modèle exogène chez Laplantine	290
7.3.1.1 Explications des causes de l'onchocercose par des causes mystiques ou maléfiques	290
7.3.1.2. Approche écologique et interprétation de la persistance de l'onchocercose	292
7.4. Environnement et persistance de l'onchocercose chez les Bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam.....	293
7.4.1. Onchocercose et adaptation des populations à l'environnement.....	295
7.4.2. Persistance de l'onchocercose en rapport avec les activités locales dans des milieux écologiques particuliers	296
7.5. Etnométhodes d'utilisation du Mectizan dans les communautés bamoun de Kouoptamo, Fosset et Massangam	298

7.6. Adhésion à la consommation du Mectizan.....	299
7.7. Effets secondaires du Mectizan liés à la théorie du complot.....	299
7.8. Mise en œuvre de la politique locale de lutte et persistance de l'onchocercose	301
7.8.1. Mise en œuvre du TIDC et résistance à l'élimination de l'onchocercose	302
7.8.2. Processus indiqué du TIDC	303
7.9. Lutte antivectorielle et chimioprévention de l'onchocercose.....	306
7.10. Implication des structures de dialogue	307
7.11. Représentations de la Gratuité du médicament	308
7.12. Stratégies économiques capitalistes : facteurs de la persistance de l'onchocercose	309
7.13. Stratégie de l'OMS pour la lutte contre l'onchocercose	311
7.14. Chimioprévention et couverture de la lutte contre l'onchocercose	312
CONCLUSION GÉNÉRALE	314
BIBLIOGRAPHIE	322
INDEX	346
ANNEXES	xi