

UNIVERSITE DE NDJAMENA

SECRETARIAT GENERAL

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES

SERVICE DE LA SCOLARITE ET DES
EXAMENS

DÉPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE



جامعة أنجمينا

الأمانة العامة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم شؤون الدراسة والامتحانات

قسم الانثربولوجيا

MEMOIRE DE MASTER II

**THEME : ANALYSE DE L'USAGE DES TECHNOLOGIES DE
L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION (TIC) DANS
LA SANTE A TORROCK (TCHAD)**

**Présenté par :
Oumar Abdelbanat**

**Sous la direction de :
Prof. Dr. Mirjam de Bruijn**

Année académique 2016/2017

REMERCIEMENTS

J'exprime tout d'abord, mes gratitudes au Pr. Dr. Mirjam de Bruijn, pour son encadrement, ses conseils et ses encouragements sans lesquels cette recherche n'aurait pas réussi ; ensuite au Dr Djimet Seli et Dr Didier Lalaye pour leurs observations et collaborations dans le cadre de cette recherche. Je ne saurais oublier le Pr Khalil Alio et Dr Remadji Hoinathy ainsi que tous les enseignants du département d'Anthropologie de l'Université de N'Djamena, qui ont suscité en moi, l'ardeur et la ténacité de faire des études anthropologiques.

Aussi mes vifs remerciements vont à l'endroit du Programme Connecting in times of Duress (se connecter en période de contraintes) pour avoir financé cette recherche (la recherche de terrain, l'achat des matériels de travail : ordinateur portable, appareil photo et dictaphone), et le Centre de Recherche en Anthropologie et Sciences Humaines (CRASH) pour la documentation.

Ensuite, toutes mes reconnaissances amicales vont à l'égard de mon tuteur Zeufalbo Tchoubou et sa famille ainsi que les informateurs de cette recherche entre autres, l'Association Tchad Plus, les autorités administratives et coutumières, le personnel médical et autres informateur à l'exemple de Gong Massing Daouda, Gong Kabé Tchoubou, Gong Toumba Dadina Wassou Zoutenet, Dr. Gonodji Tebré, Zozabé Dontoné Alphonse, Sanda Seriabé, Ponba Tao, Mahouli Zah Siaka, M. Rouzoumka, Madang Wellè, Marpulli Payang et tout autre habitant de Torrock ayant participer à cette recherche. Ce travail est le fruit conjugué de leurs collaborations.

Enfin, je remercie toute ma famille pour leur affection durant tout le séjour de recherche et mes amis tels que : Aubine Adoum Bana, Djabo Vaïgoi Pascal, Annie Van Djik, Sara Vennekate, Goret Djoret, Dossemel Tomel, Guidalta Nadjibaye, Tognaye Parfait, Zefalbo Bobe, Vumbo Guinéo et les camarades du département d'anthropologie qui ont contribué amicalement pour la réalisation de ce mémoire.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	i
SOMMAIRE	ii
SIGLES ET ABREVIATIONS	iv
GLOSSAIRE	Erreur ! Signet non défini.
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	v
RESUME	vi
INTRODUCTION GENERALE	1
1. Présentation et justification du sujet.....	1
2. Problématique	2
3. Revue de la littérature.....	3
4. Cadre théorique.....	9
5. Définitions des notions clés.....	15
6. Questions de recherche.....	19
7. Annonce du plan.....	19
CHAPITRE 1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	21
Introduction.....	21
1. Présentation de la zone d'étude.....	22
2. Description des techniques de collecte des données	24
3. Méthodes d'analyse des données	30
Conclusion	32
CHAPITRE 2. ETAT DES LIEUX DES ACTEURS DU SYSTEME DE SOINS LOCAL	33
Introduction.....	33
1. L'offre de soins dans le district sanitaire de Torrock	34
2. Les acteurs privés de soins.....	42
Conclusion	48
CHAPITRE 3. LES RAPPORTS DU PERSONNEL SOIGNANT AVEC LA POPULATION LOCALE	51
Introduction.....	51
1. Des comités de santé (COSAN) comme représentants de la population dans la gestion des centres de santé	52
2. Analyse des rapports entre les soignants et les patients.....	54
3. Les rapports des acteurs du système sanitaire avec les autorités locales, les religieux et les éducateurs.....	61
4. Le champ de la santé : une arène politique.....	65
Conclusion	68
CHAPITRE 4 : LES MANIFESTATIONS DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET LES FORMES D'ENTRAIDES SOCIALES DANS LA SOUS-PREFECTURE DE TORROCK	69
Introduction.....	69
1. Les inégalités sociales de santé	70

2. Les différentes formes d'entraide sociale dans la santé	79
Conclusion	84
CHAPITRE 5 : UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION DANS LA SOUS-PREFECTURE DE TORROCK.....	86
Introduction.....	86
1. Du monopole étatique sur le secteur des télécommunications au Tchad à une libéralisation progressive	87
2. L'implantation et l'appropriation des TIC à Torrock.....	89
3. L'usage des TIC dans la santé.....	97
4. L'utilisation des moyens de transport pour faciliter la communication entre les soignants et les patients.....	102
5. Les obstacles à l'usage des TIC par la population locale	107
Conclusion	112
CHAPITRE 6. EVALUATION DU ROLE DES TIC DANS LE SYSTEME SANITAIRE	113
Introduction.....	113
1. Santé et TIC à Torrock : évolution historique	114
2. Influences des TIC sur les inégalités sociales de santé	117
3. Analyse du projet <i>Dawa mobile</i>	119
4. Les barrières à l'usage des TIC dans la santé.....	129
5. La santé mobile : outil de performance sanitaire et d' (in)formation de la population	131
Conclusion	134
CONCLUSION GENERALE	136
BIBLIOGRAPHIE	142
ANNEXES.....	149
Annexe 1 : Parcours de vie de Kourana Raphael, un agent du cabinet biomédical de médecine traditionnelle	i
Annexe 2 : consultation prénatale et vente des médicaments à Torrock.....	ii
Annexe 3 : utilisation locale des TIC	iii
Annexe 4 : liste des personnes interviewées durant les recherches de terrain	iv

SIGLES ET ABREVIATIONS

- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
PCMA : Prise en charge communautaire de la malnutrition aigüe
IVR : Interactive Voice Response
SMS : Short Message Service
EHIS : Electronic Health Information System
INSEED : Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PRODALKA : Service Allemand de Développement
CEFOD : Centre de Formation pour le Développement
PEV : Programme Elargi de Vaccination
MCD : Médecin Chef de District
PRAMK : Pharmacie Régionale d'Approvisionnement en Médicament du Mayo-Kebbi
ATS : Agent Technique de Santé
ENASS : Ecole Nationale des Agents Sociaux et sanitaires
EFASS : Ecole de Formation des Agents Sociaux et sanitaire
CPN : Consultation Périnatale
COSAN : Comité de Santé
COGES : Comité de Gestion
FCFA : Franc de la Coopération Financière en Afrique
ARCEP : Autorité de Régulation Electronique et Postale
SIM : Subscriber Identify Module (module d'identification de l'abonné)
USB : Universal Serial Bus
RFI : Radio France Internationale
RNT : Radio Nationale Tchadienne
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
EDST : Enquête démographique et de santé au Tchad
EDS-MICS : Enquête Démographique et de Santé à indicateurs multiples au Tchad

TABLE DES ILLUSTRATIONS

- Image 1 : carte géographique de la sous-préfecture de Torrock.....	23
- Figure 1. Schéma pyramidal du système national de santé.....	35
- Figure 2. Organigramme des services de santé publique.....	35
- Image 2 : Ponbé Bonaventure, un agent d’assainissement désinfectant l’eau dans une bassine d’une vendeuse de la <i>bili</i>	50
- Image 3 : Mahouli Zah Siaka, un rebouteux qui masse son patient à son domicile à Torrock.....	45
- Image 4 : prise en charge d’un malade par un soignant au centre de santé de Zamagouin.....	55
- Image 5 : focus group organisé sous un figuier au village de Gouin.....	60
- Image 6 : réunion de mobilisation sociale organisée au palais cantonal de Goïgoudoum, en présence du chef de Canton, des chefs de villages et des agents de santé.....	62
- Image 7 : un géant cail-cédra déraciné par la tornade, à l’entrée du district sanitaire de Torrock.....	64
- Tableau 1. Indication du nombre des patients en consultation curative en fonction de leurs âges et sexes entre janvier et août 2017.....	74-75
- Image 8 : des jeunes bergers s’amusant dans un fleuve, situé non loin du district sanitaire de Torrock.....	75
- Image 9 : le pharmacien exposant des carnets saisis des débiteurs du centre de santé de Zamagouin.....	82
- Image 10 : un mouton troqué contre les soins médicaux au cabinet de La médecine traditionnelle africaine à Torrock.....	84
- Image 11 : des agents de transfert de crédit de communication au marché de Torrock.....	91
- Image 12 : atelier de transfert de crédit et de charge des batteries de téléphone à 103 FCFA au marché de Torrock.....	92
- Image 13 : un technicien réparant des téléphones et radios au marché de Torrock.....	92
- Image 14 : liste des noms et contacts téléphoniques des agents de santé au centre de santé urbain de Torrock.....	99
- Image 15 : des vélos et motos garés dans la cour du centre de santé urbain de Torrock.....	103
- Image 16 : la traversée d’un fleuve à bord d’une pirogue à Goïgoudoum.....	110
- Image 17 : des vieux tambours utilisés autrefois par les villageois de Gouin pour passer des informations à la population locale.....	114
- Image 18 : un laborantin du centre de santé urbain de Torrock, manipulant un microscope offert par le projet Dawa Mobile.....	121
- Figure 3. schéma des rapports ambivalents entre les contraintes, le système sanitaire, la population, la connectivité et la santé mobile.....	131

RESUME

L'objet de cette recherche est d'analyser l'usage des TIC dans la santé à Torrock. Le questionnement fondamental est de savoir quelles sont les raisons qui entravent la mise en œuvre de la santé mobile en zone rurale de Torrock et comment développer une initiative de santé mobile viable dans cette zone ?

En se fondant sur une approche qualitative, cette recherche démontre que les obstacles aux initiatives de santé mobile en zone rurale de Torrock sont liés à la pauvreté, les censures étatiques, l'analphabétisme, le poids de la tradition, l'accès difficile aux réseaux de communication routière, téléphonique et radiophonique, aux manques de financement et d'initiatives organisationnelles. En outre, pour mettre en œuvre la santé mobile dans cette zone, il est important de souligner que l'analyse du système de soins de Torrock fait ressortir toute une panoplie d'acteurs œuvrant pour la guérison des patients dans un contexte contraignant : le district sanitaire de Torrock est composé de huit centres de santé répartis dans les trois cantons (Gouin, Torrock, et Goïgoudoum), le cabinet biomédical de soin traditionnel, les pharmacies, les infirmiers du quartier, les vendeurs de médicaments, les voyants, les rebouteux, les religieux. Aussi, les rapports du système sanitaire avec la population locale se manifestent par l'existence des comités de santé au sein de chaque centre de santé et qui participent dans la gestion de ces centres et l'intermédiation avec la population locale. Les rapports du système sanitaire avec les autorités locales, les religieux et éducateurs montrent un sens profond de coopération (subordination, mobilisation sociale, intermédiation, sensibilisation, protection) mais aussi de tensions (incompréhension, endettement) et d'inégalités sociales (inégalité de genre, inégalité entre riche et pauvre). Par ailleurs, L'implantation des TIC s'est progressivement libéralisée au Tchad à partir de 1998, mais, c'est au début des années 2000 jusqu'à nos jours que les opérateurs de téléphonie (Tigo, Airtel, Salam, Tawali), les stations de radio privées, l'internet se sont implantés et diversifiés. Si les utilisateurs locaux se sont appropriés les TIC dans leur vie quotidienne, les soignants quant à eux, les utilisent dans les consultations, les cas d'urgence, la collecte, l'envoi des données sanitaires et les communications professionnelles. C'est dans ce sens que le projet *Dawa Mobile* initié en 2014, œuvre pour la prise en charge de la bilharziose à travers les TIC (exemple : la communication avec les patients par SMS), les activités de sensibilisation, le don de trois microscopes mobiles au district sanitaire ; malgré les difficultés matérielles et organisationnelles. Ainsi dans cette zone rurale de Torrock, les TIC présentent une utilité avérée dans le système sanitaire : en améliorant la qualité du service sanitaire, les TIC permettent à certaines personnes les plus vulnérables (les femmes, les enfants et les pauvres) à être mieux prises en charge et à améliorer leurs (in)formations sanitaires. D'où les rapports étroits existant entre les concepts de contraintes – connectivité – système sanitaire – santé mobile.

Abstract

INTRODUCTION GENERALE

1. Présentation et justification du sujet

Dawa Mobile est un projet pilote supervisé par l'association *Tchad Plus* à Torrock dans la région du Mayo Kebbi Ouest et dont l'objectif est de lutter contre la bilharziose au Tchad. C'est une initiative de santé mobile¹ qui consiste à innover des unités mobiles de dépistage et de prise en charge de la bilharziose dans cette sous-préfecture située en zone rurale. Concrètement, entre le personnel médical et le patient, la prise de contact s'établit par un message téléphonique gratuit que le parent du malade envoie sur un numéro spécifique publié par l'équipe de pilotage. Dès réception du message, un agent de liaison est envoyé à vélo au domicile du patient pour les prélèvements biologiques, le relèvement des noms, poids et d'un code destinés au laboratoire. Ensuite, le laborantin effectue les examens de ces prélèvements et les résultats sont envoyés aux parents par SMS. Lorsque l'examen s'avère positif à la bilharziose, le laborantin envoie les résultats, les noms âges, et poids du malade au médecin par SMS ou internet. Ce dernier lui prescrit les médicaments appropriés que le pharmacien enveloppe au nom du malade et contacte par SMS l'agent de liaison pour les apporter à son domicile. Aussi, est-il prévu un bus-laboratoire pour parcourir les centres de santé périphériques et faire des consultations aux patients grâce aux E-microscopes et E-échographies.

En effet, la bilharziose est une maladie parasitaire qui sévit dans cette zone rurale propice à l'agriculture, à la pêche et à l'élevage. Elle constitue un problème majeur de santé publique au Tchad. Il est clair que dans cette initiative pionnière en zone rurale, les technologies utilisées sont entre autre : le téléphone et le bus laboratoire, pour faciliter et améliorer l'accès aux soins de la population locale.

Une telle initiative a suscité en moi beaucoup d'attentions parce qu'elle est non seulement innovante pour résoudre un problème de santé publique à l'heure de la mondialisation, mais elle s'inscrit aussi dans la continuité de mes recherches de Master I d'anthropologie, portant sur la perception de la bilharziose par la population de Torrock. Il s'agit d'un cas illustratif de l'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC) au service de la santé dans un contexte rural où les populations vulnérables vivent dans une extrême pauvreté. Or, selon Patil (2011 : 319), ces populations issues des pays du tiers monde ont nécessairement besoin de la santé mobile pour améliorer leurs conditions de vie car, la pauvreté rurale est estimée à presque 63% de la pauvreté mondiale, passant à 90% dans quelques pays d'Asie et d'Afrique. De plus $\frac{3}{4}$ des pauvres dans les pays en développement vivent dans les zones rurales². Selon l'auteur, les TIC constituent une piste de solution car, depuis 2008, 64% d'utilisateurs de téléphones mobiles peuvent être trouvés dans les pays en développement.

¹ A noter que la santé mobile peut être définie comme étant toute innovation technologique des appareils mobiles dans les pratiques médicales et la santé publique

² Par exemple 2,1 milliards vivent en dessous de 2 dollars US par jour, 880 millions en dessous de 1 dollar par jour ; plus de 800 millions de populations souffrent de famine chaque jour, incluant 300 millions d'enfants (A. Patil, 2011 : 319)

Par conséquent, cette initiative de santé mobile en zone rurale, met en relief la question des rapports dynamiques entre le système sanitaire et les TIC.

2. Problématique

Il ressort de l'initiative de santé mobile³ mise en œuvre à Torrock, une zone rurale située dans la région du Mayo-Kebbi Ouest au sud du Tchad, que les TIC peuvent être utilisées à des fins utiles pour soutenir le système sanitaire de cette région où la population est pauvre et sous-informée. C'est ainsi que certains auteurs⁴, ont mis en évidence le rôle important des TIC dans la santé. De ce fait, le questionnement fondamental de cette recherche est de savoir pourquoi la santé mobile en zone rurale de Torrock n'est pas implantée de façon significative ? Et comment développer un modèle de santé mobile viable dans cette zone rurale ? Autrement dit, quels sont les préalables à comprendre pour concevoir une initiative de santé mobile stable à Torrock ?

Pour construire une approche pertinente, cette étude cherche tout d'abord à comprendre les rapports existant entre la population locale et son contexte sanitaire et technologique. Dans ce sens, sur la base de l'approche structure-agencéité promue par certains auteurs à l'image de Norman Long (1977), Olivier de Sardan, (1995), Van Dijk, de Bruijn et Gewald, (2007) dans leurs travaux, il est nécessaire de démontrer comment les acteurs locaux tels que les thérapeutes, les patients et leurs familles agissent quotidiennement pour réduire les contraintes liées à leurs environnements socioculturel et politico-économique. Car, la configuration du système de santé et des TIC dans la sous-préfecture de Torrock est localisée dans une zone rurale vulnérable où sévissent la pauvreté, l'analphabétisme, le poids de la tradition et les maladies hydriques. Dans cette optique cette recherche s'efforce de comprendre comment les rapports entre les TIC, les soignants et la population locale dans la quête des soins sont construits d'une manière dynamique. C'est pourquoi, l'appropriation des TIC (téléphone, radio, internet...) par ces acteurs ainsi que les barrières liées à l'usage de ces technologies dans la sous-préfecture de Torrock, sont des préoccupations essentielles à mettre en évidence tout le long de cette recherche.

Ensuite, dans une approche inspirée de l'anthropologie politique de la santé (Fassin, 1992) qui postule que le champ de la santé est une arène politique mettant en jeux différents

³ La santé mobile c'est l'utilisation des appareils mobiles comme le téléphone et l'internet dans la pratique médicale et la santé publique

⁴ Cf. 3. revue de la littérature, par exemple : (Daftary et *al.*, 2017), (R. Bigna et *al.*, 2014), (Nhavoto et *al.*, 2017), (Sheba, 2016) ; (Shao, 2012) ; (Kahn et *al.*, 2010) ; (Moucheraud et *al.*, 2017) ; (Bouraima et Çetin, 2017) ; (Bagayoko et *al.*, 2011)

acteurs sociaux, cette recherche interroge non seulement les rapports de pouvoir existant entre le système sanitaire et les autorités locales, mais aussi les différents types d'inégalité et les formes d'entraides sociales liées à la santé dans la sous-préfecture de Torrock.

Enfin, sur la base du modèle de contraintes – connectivité – santé, il est important de questionner les relations de cause à effet entre les contraintes, la population, le système de santé, la connectivité et la santé mobile. De ce point de vue, l'évaluation de l'apport de la santé mobile à Torrock par une approche comparative est une nécessité pour comprendre non seulement les conséquences des contraintes sur le système de santé, la population et la connectivité, mais aussi la fonction utilitaire de la santé mobile sur le système sanitaire, la population et la connectivité. Dans cette circonstance, les TIC contribuent-elles à accroître les inégalités sociales de santé ou à les réduire? Il s'agit aussi de comprendre si la population locale bénéficie d'un accès équitable aux TIC. L'analyse de l'influence de l'usage des TIC sur les inégalités de santé et l'étude de cas liée aux changements induits par le projet Dawa mobile, s'avèrent indispensables.

De ce qui précède, l'objectif principal de cette recherche est d'expliquer les interactions dynamiques entre les technologies de l'information et de la communication, les soignants et la population locale en zone rural de Torrock, pour contribuer à développer un modèle de santé mobile stable.

3. Revue de la littérature

Les études scientifiques liées à l'usage des TIC au service de la santé dans les pays en développement sont récentes et diversifiées, puisque le phénomène de santé mobile en lui-même est nouveau et en plein essor. La plupart de ces études, bien qu'issues d'une littérature anglaise, méritent une attention particulière, en vertu de leur accessibilité, leur pertinence et leur proximité avec la présente recherche. Sur la base de leurs résultats, ces recherches peuvent être classées en quatre catégories : les études de cas de santé mobile liées à la prise en charge des maladies infectieuses ; les recherches liées aux avantages, inconvénients de la santé mobile, les travaux portant sur la revue de la littérature sur les innovations technologiques dans le système sanitaire des pays en développement et enfin les recherches en anthropologie politique de la santé, les perceptions et pratiques liées à la maladie en Afrique.

3.1. Etudes de cas sur l'usage de la santé mobile dans la prise en charge des maladies infectieuses et le suivi des femmes et enfants

Cette première catégorie de recherche est un ensemble de travaux spécifiques liés aux innovations de santé mobile dans les domaines précis comme le sida, la tuberculose et la santé maternelle et infantile. Dans ce sens, les travaux dirigés par Daftary et *al.* (2017) ; R. Bigna et *al.* (2014) et Nhavoto et *al.* (2017), en faisant une étude qualitative, soulignent respectivement que : l'innovation du système IVR⁵ pour améliorer le respect de la prise des médicaments chez les populations vivant avec le VIH en Ethiopie fait ressortir des facteurs facilitateurs tels que l'option de l'IVR individualisée, la formation au traitement, l'économie de la durée et du coût et des pesanteurs comme les médiocres instructions d'IVR, les problèmes de courant et de réseaux et le manque de confidentialité (Daftary et *al.*, 2017 : 9) ; Les principaux obstacles liés à la prise en charge du VIH par le téléphone mobile chez les enfants en zone rurale du Cameroun sont entre autre : l'incapacité des participants à parler et écrire les langues officielles et la non-possession des téléphones portables personnels (R. Bigna et *al.*, 2014 : 4-5). Aussi, l'analyse de l'usage du SMS pour communiquer avec les patients atteints du VIH au Mozambique, montre des avantages⁶, améliore la communication patients/soignants et leur éducation. Cependant, beaucoup de soignants craignent la divulgation du fonctionnement interne du centre de santé, en cas d'utilisation commune du téléphone (Nhavoto et *al.*, 2017 : 5-6).

Par contre, Duclos et *al.* (2017 : 45-47), dans une approche qualitative faite dans le district de Nouna au Burkina Faso, concluent que, même si elle est perçue comme ayant un effet positif sur le contrôle de la santé maternelle et le suivi des femmes enceintes dans les dispensaires, la santé mobile rencontre certaines difficultés telles que les barrières technologiques, les défis organisationnels, les problèmes de genre, les soucis de confidentialité. Dans cette optique Brinkel et *al.* (2017 : 625-626), s'intéressent particulièrement aux facteurs constituant une barrière au système de *Mhealth*⁷, implanté à Asante Akim district situé au nord du Ghana pour soutenir les soins des enfants et les facteurs facilitant l'acceptation des utilisateurs du système IVR, notamment les pratiques de soin de qualité, l'éducation à la santé, l'autonomisation des femmes.

⁵ Interactive voice response (système interactif de voix-réponse, mécanisme programmé dans les téléphones et consiste pour l'utilisateur à suivre les instructions données par le service clientèle lorsqu'on appelle un numéro précis.)

⁶ Par exemple, cela réduit le nombre des malades absents au rendez-vous et leur rappelle la prise des médicaments...

⁷ Ces facteurs sont entre autre : le manque des contacts humains, le manque d'actualisation et d'éducation sur les avis électroniques servis et le manque d'intégration sociale du système de santé mobile)

Dans une autre étude de cas de la Tanzanie, une recherche (Shao, 2014) propose un prototype de base mobile d'enregistrement de naissance d'enfants grâce au téléphone mobile et visualise les données collectées dans une application web. Cette initiative améliore le processus actuel d'enregistrement des naissances et les données pour la santé et la planification de la population au niveau régional et national.

Ces études menées en Afrique sont importantes car elles permettent de mieux concevoir et mettre en œuvre un projet de santé mobile lié à la prise en charge des maladies spécifiques (sida, tuberculose) et le suivi des femmes et enfants par le téléphone (SMS, IVR). Aussi, montrent-elles à quel point les technologies peuvent influencer les interactions sociales qui s'accommodent parfois difficilement à ces innovations technologiques dans les zones rurales. Enfin, ces études sont intéressantes parce qu'elles proposent des solutions concrètes pour améliorer le système de santé des pays africains par les innovations technologiques.

Toutefois, ces travaux sont beaucoup plus focalisés sur le rôle que peut jouer la santé mobile pour lutter contre les problèmes de santé publique, alors qu'il est aussi important d'interroger l'aptitude du système sanitaire à s'approprier les TIC ou encore le sens que représente la santé mobile pour les soignants et les patients d'une localité donnée. Car, il ne faut pas seulement se préoccuper de la conception d'un modèle de santé mobile mais aussi faire des études sur la transformation réelle de la vie des populations face aux innovations technologiques. C'est à travers une telle recherche que l'on pourrait mieux comprendre l'aptitude des populations à s'adapter aux innovations technologiques. C'est pourquoi, la présente recherche qui s'intéresse plutôt à l'usage des TIC dans le système sanitaire de Torrock, cherche à comprendre dans le réel des rapports entre la population, les TIC et le système sanitaire, les éléments fondamentaux pour concevoir un modèle de santé mobile durable.

3.2. Travaux sur les avantages, inconvénients et barrières liés à la mise en œuvre de la santé mobile en Afrique subsaharienne

La deuxième catégorie des travaux analyse les opportunités, les inconvénients et les obstacles liés à la mise en œuvre de la santé mobile. Dans cette perspective, Moucheraud et *al.* (2017 : 4), constatent que même s'il y a un fort optimisme à propos d'un éventuel EHIS⁸, les risques perçus peuvent provenir d'une hésitation de passer à une transition complète et une utilisation parallèle du système-papier. Les contraintes sont d'ordre technique et les défis sont

⁸ Système électronique d'information sanitaire.

liés à la conception technique, la coordination des bailleurs et la construction d'une capacité organisationnelle pour soutenir et améliorer ce système. Ensuite, les travaux d'Omanda Bouraima et Çetin (2017 : 44), analysent l'ensemble des problèmes sanitaires au Gabon⁹ et soulignent que les solutions innovantes dans la santé peuvent être bénéfiques, en établissant un cadre légal et des stratégies fonctionnelles d'*E-Health*¹⁰, dans le but d'un service financièrement abordable et un service de soin crédible et effectif. Aussi, P. Gurupur et T. H. Wan (2017), identifient les principaux défis¹¹ auxquels est confrontée l'implantation des innovations de santé mobile et propose des solutions réalistes telles que le choix du bail commercial lorsque la salle informatique est dans l'usufruit¹²; la conception des applications de santé mobile doit se baser sur des analyses stables. De même, Bagayoko et *al.*, (2011), démontrent sur la base des projets actuels que les TIC sont capables de contribuer à équilibrer le système de santé et l'accès équitable aux soins dans les pays en développement à l'exemple du Mali. Sheba (2016) quant à lui se propose de concevoir et d'évaluer un modèle de santé mobile en zone rurale ougandaise, fondé sur des innovations de la téléphonie mobile dans la santé, alors que Shao (2012), dans sa thèse de Master, fait une approche critique du système de collection des données sanitaires et propose un prototype de programme de collection des données de santé par le téléphone mobile pour tester leur faisabilité dans l'amélioration de la collection des données sanitaires dans le contexte des pays en développement. Puis, Kahn et *al.*, (2010), soulignent que face aux prévalences et effets néfastes des maladies dans les pays en développement, les technologies mobiles, peuvent jouer un rôle important dans le système de santé. Enfin, dans ses recherches, basées sur l'applicabilité des TIC dans les pays subsahariens, McNamara (2007), analyse les contraintes et défis majeurs face à l'usage des TIC dans le domaine de la santé ; puis met en exergue les bonnes pratiques pour appliquer ces technologies dans la santé, en identifiant les principaux acteurs, les enjeux, les besoins et issues prioritaires pour les concepteurs de politique publique.

L'utilité de cette deuxième série de publication, c'est qu'elle confirme l'importance de l'innovation technologique dans le système sanitaire des pays en développement et en même temps, prévient et sensibilise sur des principaux obstacles susceptibles de l'influencer. Même si elles ne mettent pas l'accent sur les interactions humaines et l'appropriation locale des TIC, ces études permettent aussi de comprendre qu'une initiative de santé mobile dans les pays en

⁹ Par exemple la mauvaise qualité de soin, la dysfonction du système d'information...

¹⁰ Terme synonyme à la santé mobile et signifiant santé électronique

¹¹ Par exemple la stabilité, l'interopérabilité et l'intégration des technologies utilisées ; la sécurité et la confidentialité des données ; l'accès au réseau et la fiabilité

¹² C'est un terme juridique qui signifiant un droit provisoire donnant au titulaire la capacité de se servir et de tirer profit d'un bien qui n'est pas sa propriété à condition qu'il en conserve la substance et la destination.

développement devrait tenir compte des acquis matériels et humains préalables, des enjeux et des défis qui peuvent influencer sur sa viabilité.

Cependant, dans la même logique que la première catégorie de littérature, ces travaux qui font partie des recherches pour le développement montrent toujours un discours prometteur de la santé mobile même si certains évoquent quelques-unes de ses inconvénients. Pourtant, on peut bel et bien se demander si la santé mobile ne représente pas un risque pour l'homme ? Peut-elle résoudre tous nos problèmes de santé ? Ces questions se justifient par le fait que dans l'histoire, les innovations technologiques dans la société n'ont pas toujours concrétisé les promesses attendues. Il n'est donc pas exclu que la santé mobile perturbe les relations sociales, supprime certains emplois, crée de nouvelles maladies...

3.3. La littérature liée aux innovations technologiques dans la santé

Enfin, la troisième catégorie de recherche fait une revue de la littérature scientifique analysant l'innovation des TIC dans la santé. La première recherche, analyse environ 676 publications sur la santé mobile dans les pays à bas et moyen revenu et conclut que depuis 2008 à 2014, les travaux démontrant l'efficacité de *M-Health* dans les pays en développement augmentent, particulièrement dans les domaines de base des données, l'amélioration du suivi des traitements, le respect des rendez-vous de soin et le développement d'un réseau de soutien du personnel soignant (Hall et *al.*, 2014 : 3-8). Ensuite, une autre recherche (Brinkel et *al.*, 2014 : 11563-11566), souligne que certaines études sur la santé mobile portent sur la surveillance des maladies infectieuses (paludisme, tuberculose et la grippe) et d'autres sur la surveillance des maladies non-infectieuses (malnutrition des enfants, santé maternel et la surveillance de routine des diverses maladies et symptômes). Dans le même sens, Ali Ag Ahmed et *al.* (2017 : 7-8), en faisant une synthèse des savoirs empiriques trouvent cinq catégories de facteurs de succès de l'implantation et de l'usage de télésanté et santé mobile pour faciliter l'accès à la santé maternelle en Afrique subsaharienne que sont : la technologie¹³ ; l'acceptation des utilisateurs ; le financement à court et long terme ; les facteurs organisationnels¹⁴ et enfin, les aspects politiques et législatifs.

Ces études sont intéressantes car, elles offrent une large connaissance des différentes recherches portant sur l'usage des TIC dans la santé. Ces travaux sont utiles aussi bien pour le chercheur, afin de mieux spécifier son objet d'étude, que pour les promoteurs des projets, afin

¹³ Comme support technique, bonne couverture de réseau, existence d'une source d'énergie et la collaboration des utilisateurs.

¹⁴ Existence d'un bon système sanitaire et d'une coordination effective des interventions

de choisir une innovation technologique adaptée au contexte sanitaire local. De toute évidence, elles montrent aussi comment l'homme peut s'appropriier les TIC pour améliorer ses soins. Quant à la présente recherche, en plus de faire une revue de la littérature dans son approche, elle s'intéresse à l'étude de cas de Torrock.

Bien que spécifiques, ces revues de la littérature n'insistent pas sur les lacunes de ces travaux. Elles pourraient aussi faire une approche critique en questionnant les non-dits de ces recherches sur la santé mobile. Par exemple les questions de la politique nationale ou internationale en matière de santé mobile ou encore la problématique de la mobilité et de la translation du savoir technologique dans la santé demeurent encore des vastes chantiers dans les recherches en sciences sociales.

3.4. Travaux sur l'anthropologie politique de la santé, les perceptions et pratiques liées aux maladies en Afrique

De prime abord, certains auteurs à l'image de Fassin (1992) sont particulièrement intéressés par les travaux sur l'anthropologie politique de la santé. Ces travaux s'efforcent d'analyser les dimensions politiques de la maladie, les disparités en matière de soin, les rapports de pouvoir autour de la médecine, les interprétations et pratiques ordinaires de la maladie. C'est en expliquant cette orientation politique de l'anthropologie de la santé que Fassin affirme : « *C'est dire, en tout cas que, d'une part, les questions que je me posais en m'orientant vers les sciences sociales s'inscrivaient dans le champ de la santé publique, et que, d'autre part, les réponses qu'il me semblait nécessaire de leur apporter relevaient d'une lecture politique aussi bien pour appréhender les inégalités que pour analyser des actions* » (Carricaburu et Cohen, 2002 : 6). Les travaux de Fassin inspirent cette recherche en lui permettant de saisir les différentes implications des acteurs sociopolitiques dans la santé et les inégalités inhérentes à partir des points de vue des participants.

Par ailleurs, il est important de souligner que, si en général, une maladie est définie en médecine comme *un état physiologique ou psychologique dans lequel la santé et le bon fonctionnement de l'organisme sont affectés*, l'anthropologie, quant à elle, précise que chaque communauté humaine a sa propre manière de *concevoir et de soigner le mal* (Retel Laurentin, 1987). La maladie surpasse donc le dysfonctionnement biologique d'une seule personne pour être en même temps, un événement ou un malheur vécu par des peuples, qu'il s'agit de prévenir ou de réparer. Dans ce sens, les travaux coordonnés par Retel Laurentin (1987), montrent à travers les analyses et les enquêtes faites par plusieurs anthropologues, les différentes façons selon lesquelles des peuples divers (de France, Côte d'Ivoire, Indochine,

Laos, Niger, Brésil, Pakistan...), pensent la maladie, ses causes et ses liens avec la religion ou le destin. Dans le même sens, Augé (2013 : 35), dans une recherche faite dans la zone lagunaire de Côte d'Ivoire et au Sud du Togo, montre « *le rôle important joué par l'interprétation de la maladie et du malheur dans la vie des sociétés lignagères et des mises en cause sociales qui suivent les manifestations du désordre biologique* (sorcellerie, adultère, rupture d'interdit) ». Loin de mettre en cause la pertinence de ces études qui, bien que n'ayant pas directement un rapport avec notre « terrain », elles constituent une source d'inspiration aussi bien du point de vue analytique que méthodologique.

Cependant, les chercheurs du domaine de l'anthropologie politique de la santé et des études sur les perceptions des maladies en Afrique devraient aussi s'intéresser aux initiatives technologiques dans le champ de la santé. Ainsi, à l'ère de la mondialisation, les enjeux politiques liés à l'usage des TIC dans la santé et les perceptions des populations face à la santé mobile sont aussi des thématiques dignes d'intérêt scientifique.

Si la revue de la littérature présente un aperçu global des publications sur l'usage des TIC dans la santé, afin de mieux construire les fondements et la spécificité de la présente étude, il est nécessaire de faire valoir entre les lignes suivantes, les théories susceptibles de fournir les concepts et les grilles d'analyse minutieuse pour cette étude.

4. Cadre théorique

Cette recherche qui s'intéresse aux innovations technologiques dans la santé, est basée sur trois types de champs théoriques à savoir : la théorie des inégalités sociales, la théorie de la translation, le modèle des relations entre technologies et société, l'approche structure-agencéité et le modèle de contrainte - connectivité – santé.

4.1. Théorie des inégalités sociales

Selon cette posture théorique, dans toute société, la répartition des richesses et des chances entre les groupes socioprofessionnels n'est pas toujours équivalente. Cette étude s'attèle sur deux formes d'inégalités : les inégalités devant la santé et les inégalités liées aux diffusions des innovations.

- Les inégalités devant la santé

La santé étant considérée comme un espace social fréquenté par des personnes diverses, certaines formes d'inégalités existant dans la société s'y manifestent. Tel est le cas des inégalités d'origine socioéconomique c'est-à-dire, les inégalités liées aux conditions de

vie et au niveau de scolarité, qui font que les riches ont bien plus facilement accès aux soins que les pauvres. Dès lors, au sens de Didier Fassin dans une étude faite à Dakar (1992 : 167) :

« Les conditions socio-économiques et plus précisément la place occupée dans le système de production, sont déterminantes sur les pratiques de santé, comme elles le sont également sur la morbidité et la mortalité (...) ces disparités sociales sont observées non seulement entre catégories extrêmes – les « élites » des beaux quartiers de Dakar et les « bidonvillois » de Fass non encore expulsés – mais même à l'intérieur d'une banlieue globalement défavorisée comme l'est Pikine »

- **Les inégalités liées aux diffusions des innovations**

Enfin, cette étude s'attèle sur une approche qui postule que, malgré la « démocratisation » des TIC ou la large diffusion et l'appropriation des TIC dans le monde au XXIème siècle, il subsiste une certaine « fracture numérique ¹⁵ » c'est-à-dire, une inégalité entre les populations dans l'usage des TIC. Ces inégalités dans l'usage des TIC, trouvent une explication significative dans la théorie de diffusion des innovations élaborée par Everett Rogers. Ce dernier, en étudiant un système social¹⁶, propose trois grandes catégories de facteurs explicatifs de diffusion des innovations à savoir : les caractéristiques des produits ou services du point de vue des utilisateurs (cinq caractéristiques : leurs complexités, compatibilité, la possibilité de les tester, leur visibilité et leurs avantages relatifs) ; les caractéristiques des consommateurs (leurs ressources cognitives, sociales et matérielles) ; les profils des différentes catégories d'adoptants et au fur et à mesure que l'innovation se diffuse (Valenduc et Vendramin, 2004 : 10). Il ressort donc des analyses de ce dernier que l'appropriation des TIC dans une société est fortement disproportionnée et dépend non seulement de la spécificité du produit mais aussi de la qualité et capacité du groupe socioprofessionnel concerné.

4.2. La théorie de la translation

Les travaux autour du concept de la translation analysent les processus par lesquels les modèles (les normes, les valeurs, les artefacts) voyagent d'un contexte à un autre, sont transformés et adaptés au mode de vie d'une population donnée. Selon Rottenburg un modèle peut être appréhendé essentiellement comme une représentation analytique d'un aspect particulier d'une réalité créée comme un appareillage ou un protocole pour intervenir dans un

¹⁵ Aussi défini en français sous l'expression « fossé numérique » ou « *digital divide* » en anglais, cette notion est utilisée pour la première fois lors du sommet mondial de la société de l'information (SMSI) dont l'un des objectifs fixés est de « *faciliter effectivement le développement de la société de l'information et contribuer à réduire la fracture numérique* » ; dans ce sens plusieurs études sur le sujet définissent cette notion comme étant une inégalité principalement d'ordre économique, entre, les humains liée à l'accès aux équipements. (Georges, 2004 : 152-153)

¹⁶ Ce dernier a analysé les comportements de différents acteurs, les relations qui se tissent entre eux, les mécanismes d'entraînement, de conviction ou d'éviction, d'adoption ou de rejet.

ordre et pour interpréter cette réalité dans un but quelconque. Ces modèles ne sont donc pas diffusés par eux-mêmes, ils sont déplacés d'un contexte à un autre par une entité ou un vecteur quelconque dénommé médiateur (Behrends et al., 2014 : 2). Tels sont par exemple les normes en matière de gestion sanitaire ou encore les objets comme les téléphones, les batteries, les cartes mémoires qui sont très vite véhiculés d'un contexte donné, à un autre contexte, puis modifiés et accommodés localement. Le modèle de translation rend compte du contexte actuel de la mondialisation où l'espace et le temps sont de plus en plus réduits, facilitant ainsi la transposition des valeurs et des objets dans des lieux différents. Cette approche a inspiré un groupe d'auteurs à publier un ouvrage sur les changements induits par la traduction des normes et des valeurs dans des situations conflictuelles en Afrique (Behrends, Park et Rottenburg (*dir.*), 2014). Ce modèle me permet de démontrer l'adaptation des principes de l'organisation des soins en zone rurale du Tchad ainsi que l'appropriation des TIC par les populations rurales enclavées.

Sur la base de ces approches théoriques, il est nécessaire de souligner les interrogations principales qui guident cette recherche.

4.3. Le paradigme des relations entre technologies et société

Depuis la fin des années 80, où les populations du monde s'approprient de plus en plus les technologies de communication dans leur vie quotidienne, il émerge un courant de pensée orienté vers l'analyse des interactions existant entre l'homme et les technologies. Pendant cette période ces technologies, commencent déjà à modeler et changer les courants socioéconomiques pour occuper une place centrale dans l'agenda du développement. Selon Valenduc (2005), les travaux scientifiques analysant les liens entre technologies et société peuvent être classés sous trois approches majeures qu'il convient de souligner.

Tout d'abord, la théorie du déterminisme technologique analyse les rapports entre technologie et société sous forme de relation de cause à effet. C'est-à-dire que toute innovation technologique aurait une incidence soit positive ou négative dans la société. Dans cette optique la technologie est perçue comme un phénomène qui se développe indépendamment de la société, qu'elle est chargée de modifier comme par un coup de baguette magique. Les travaux étudiant la transformation de l'organisation sociale par les technologies rentrent dans ce domaine. Aussi, à l'aune du XXIème siècle, il advient que dans le domaine des TIC au service du développement¹⁷, les initiatives s'orientent vers les applications innovantes des technologies de l'information et de la communication dans la

¹⁷ En anglais ICT4D

croissance économique et la diffusion efficace de l'information ; cela a captivé la plupart des agences et leurs promoteurs à investir dans la technologie plutôt que dans les populations pauvres et marginalisées (Unwin, 2009, cité par Tacchi, 2012: 227). Selon cette tendance doctrinale, les TIC influencent donc les conditions de vie des personnes. Le développement est un processus complexe qui recouvre non seulement les aspects économiques, politiques, écologiques mais aussi les aspects sociaux dont la santé fait partie. Cette approche a évolué et atteste de nos jours, le fait que les TIC contribuent à rendre efficaces les services de santé des pays pauvres et par là même, elles permettent de sauver des vies humaines, former les médecins ou accélérer les rapports entre patients et personnel médical. C'est pourquoi, au sens de Loukou (2012 : 57), au-delà de certains arguments négationnistes qui mettent en doute le rôle des TIC dans le développement¹⁸, les TIC rendent possible un accès plus facile et moins coûteux à l'information, les réseaux télématiques offrent un gain de productivité et de compétitivité.

Ensuite, face aux limites du déterminisme technologique dues au fait que les facteurs sociopolitiques peuvent influencer aussi l'impact des technologies dans la société, il a émergé une autre théorie dite du constructivisme social qui postule que la technologie n'est rien d'autre qu'un artefact des interactions sociales ou bien un produit socialement construit. La technologie est donc le résultat des représentations ou de la confrontation des intérêts des acteurs de la société. Opposée à la première théorie, celle-là, considère les technologies comme étant des instruments au service de l'homme, qui peut les adapter à son usage. A titre d'exemple, ceux qui façonnent les technologies sont autant les ingénieurs, les entrepreneurs, les utilisateurs, que les groupes sociaux. On observe là, qu'il s'agit bien d'une imbrication complexe des humains et des objets, sous forme des « réseaux d'acteurs ». Bruno Latour, et Callon Michelle font partie des tenants francophones de cette théorie.

Enfin, entre les deux approches théoriques, se situe la théorie de la coévolution de la technologie et de la société qui s'évertue à analyser plutôt la dynamique des influences réciproques entre technologies et société. Dans ce sens les apports de la sociologie du travail (analysant les liens étroits entre facteurs technologiques et facteurs sociaux) et la sociologie des organisations (traitant la technologie comme étant une médiation qui peut être adaptée au sein des organisations) sont considérables. Depuis les années 90, cette dernière approche attire de plus en plus des recherches multidisciplinaires en Europe à l'image de Nowotny et Gibbon (2003) ; Salomon (1993) ; Sclove (2003). En analysant, l'usage des TIC dans la santé du point

¹⁸ Selon certaines analyses les TIC constituent non seulement un luxe improductif et non prioritaire ; mais leurs poids socioéconomiques est difficilement mesurable.

de vue des rapports du système de santé avec les différents acteurs, dans l'appropriation des TIC, cette recherche s'intéresse aux théories du constructivisme social et de la coévolution des technologies et société.

4.4.L'approche structure-agencéité

Selon cette approche anthropologique, les êtres humains sont perçus comme étant des acteurs en interaction constante (coopération ou conflit) entre eux-mêmes et leur structure (environnement). Bien que les facteurs politiques, socioculturels, économiques locaux, nationaux, régionaux et internationaux influencent les actes de ces agents, ces dernières, en s'adaptant à ces contraintes, sont aussi capables d'agir et changer leur milieu dans la limite de leurs marges de manœuvres. Cette approche rentre dans le cadre global des travaux des auteurs à l'exemple de Norman Long (1977) qui, en élaborant le modèle « *actor oriented* » insiste sur « *la compétence et la capacité*¹⁹ » des acteurs, en interaction dans un milieu contraignant²⁰. Dans le même sillage, Olivier de Sardan (1995 : 39), dans son analyse interactionniste, se focalise sur « *les acteurs sociaux ou les groupes d'acteurs sociaux (individuels ou collectifs), leurs stratégies, leurs enjeux. La marge de manœuvre des individus et des groupes à l'intérieur des ensembles de contraintes définis par les structures (...)* ». Par ailleurs, en mettant en valeur les actions des acteurs sociaux, leur capacité de résilience et de créativité, d'autres auteurs se sont aussi intéressés à cette approche structure-agencéité. C'est ainsi que Van Dijk, De Bruijn et Gewald (2007 : 1), soulignent que : « *Agency is part of the production of certain social formations and the dynamics of interaction between people and between societies and their predicaments and the environment*²¹ ».

A travers l'approche structure-agencéité, cette étude analyse le rôle des agents sanitaires et des autres villageois dans un contexte rural influencé par des faits socioculturels, politiques, économiques...Ainsi par exemple, la maladie est un fait social impliquant des représentations diverses des acteurs sociaux, influencés par leur milieu de vie. Il faut donc que la maladie ait un sens pour que les hommes puissent espérer la maîtriser (Augé et Herzlich, 1994 : 9).

Dès lors, analyser l'usage des TIC dans le système sanitaire de Torrock, c'est non seulement comprendre les représentations sociales liées à la santé, apprises et transmises par

¹⁹ Cité par Olivier de Sardan (1995 : 9)

²⁰ A ce titre, Olivier de Sardan affirme que : « *L'anthropologie du changement social et du développement est actor-oriented (Long, 1977). Elle privilégie les points de vue et les pratiques des acteurs de base et des << consommateurs >> de développement I. En ce sens elle tend à mettre en évidence leurs stratégies, aussi contraintes soient-elles, leurs marges de manœuvre, aussi faibles soient-elles, leur << agencéité >> (agency) (ibid : 50-51).*

²¹ « *L'agencéité (action d'un agent) fait partie de certaines formations sociales et des dynamiques des interactions entre les gens et entre les sociétés et leurs difficultés et environnements* » (Van Dijk, De Bruijn et Gewald, 2007 : 1).

les ascendants à leurs progénitures et qui se traduisent par des faits, des gestes et des comportements, mais aussi, mettre en exergue l'appropriation des TIC par les soignants en interaction constante entre eux-mêmes et les exigences de la société dont ils sont issues et la déontologie professionnelle apprise à l'école. C'est pourquoi, Sperber (1989 : 134) souligne que *« les représentations qui sont ainsi distribuées dans un groupe social et l'habitent de façon durable sont des représentations culturelles. Les représentations culturelles ainsi conçues sont un sous-ensemble aux contours flous de l'ensemble des représentations mentales et publiques qui habitent un groupe social. De ce fait cette étude s'inscrit dans une approche structure-agency qui se fonde sur le fait que les rapports sociaux sont influencés par l'environnement, la culture, la position sociale. Il s'agit de transcrire, analyser et placer les discours des différents informateurs participant à l'étude (à savoir les malades, les soignants, les autorités locales, les opérateurs et les autres groupes socioprofessionnels) dans leurs contextes puisque ces discours peuvent être influencés par le milieu socioculturel. Comme le note Herzlich (1994 : 202), « à travers nos conceptions de la maladie, nous parlons en fait d'autre chose : de la société et de notre rapport à elle. Parce qu'elle exige interprétation, la maladie devient donc support de sens, signifiant dont le signifié est le rapport de l'individu à l'ordre social ».*

4.5. Le modèle de : contrainte - connectivité – santé

Ce modèle d'analyse s'inspire du Programme de recherche *Connecting in times of duress*, dirigé par Mirjam de Bruijn et dont la conférence s'est tenue du 25 au 28 octobre 2017 à N'Djamena. Il ressort de cette conférence que l'introduction des TIC modifie les modes de communication et les flux d'information dans les zones où les populations vivent en période de contrainte. Les manifestations parfois violentes de la population tchadienne depuis 2015 pour se faire écouter à travers les TIC, montrent à quel point on assiste de plus en plus à un renouvellement de la citoyenneté, à l'heure de la mondialisation où l'information circule très vite (de Bruijn, 2018). Aussi, développe-t-elle un modèle d'analyse selon lequel, il existe un lien étroit entre : contrainte – connectivité – mobilité. Selon cette anthropologue, les contraintes liées à la pauvreté, à l'oppression ou à la mauvaise gouvernance, incitent les populations à s'exprimer et à se forger une nouvelle identité à travers les TIC, mais aussi, à constamment se déplacer du local, au régional et à l'international. Ainsi, les crises influencent en même temps les perceptions, les comportements et les déplacements des personnes. L'accès à l'information facilite ces divers changements. La thèse défendue par Seli (2013 :

14), sur les Hadjeray²² du Tchad face à la mobilité et aux technologies de la communication s'inscrit aussi dans ce cadre car elle démontre comment la dynamique identitaire des Hadjeray « *se transforme dans un contexte de conflit et des changements par les possibilités de communication* ».

Sur la base de cette approche, la présente recherche s'appuie sur le modèle : contrainte – connectivité – santé. Cela signifie qu'en zone rurale, les contraintes, c'est-à-dire les pressions que subissent les villageois telles que : la pauvreté, l'analphabétisme, l'ignorance, les maladies etc. exercent une pesanteur sur leur connectivité, c'est à dire leur aptitude à avoir accès à l'information et à la communication (autrement dit à cause de ces contraintes, ils sont sous-informés ou mal informés, mal soignés). Par conséquent, le système de santé des villageois s'empire (les maladies s'aggravent, les infrastructures sanitaires sont peu efficaces, les comportements présentant de risques sanitaires changent difficilement...). Face à ces incidences des contraintes autant sur l'accès à l'information et au service sanitaire en zone rurale, les innovations technologiques comme la santé mobile, viennent améliorer à la fois l'accès à l'information, à la communication et à la santé. C'est ainsi que certains chercheurs démontrent que dans un contexte rural, l'amélioration de l'information et de la communication par les TIC, pourrait avoir une influence positive sur la prise de décisions. Comme le soulignent Chapman et Slaymaker (2002 : 6-7), les zones rurales sont souvent caractérisées par une pauvre information et, la quête de l'information a toujours été une composante centrale des initiatives du développement rural. En conséquence, l'amélioration du système d'information dans un contexte rural permet d'améliorer l'information requise par les pauvres pour mieux concevoir leur stratégie de subsistance soutenable et compenser l'information requise par les institutions responsables de prendre des décisions qui affectent ces stratégies de subsistance.

Au regard de l'objet de cette étude, les concepts clés seront expliqués afin de mieux comprendre l'essence de cette recherche.

5. Définitions des notions clés

Les mots clés de cette étude sont : usage, technologies de l'information et de la communication (TIC), santé, santé mobile et Torrock.

²² Groupes ethniques vivant majoritairement dans la région du Guera au centre du Tchad.

2.1. L'usage

Le terme « usage » a plusieurs sens. Dans ce document, il renvoie à la manière d'utiliser ou de se servir d'une innovation technologique. Il s'agit donc d'une analyse de la façon d'utiliser et de s'approprier les TIC par la population locale et le personnel soignant. Dans cette perspective, cette recherche vise à enquêter sur les perceptions locales des TIC, l'importance de son utilisation et de son adaptation en milieu rural par les différents participants.

2.2. Les technologies de l'information et de la communication

En général, les TIC représentent l'ensemble des techniques de l'audiovisuel, des multimédias, de l'informatique, des télécommunications²³, d'internet, de la téléphonie mobile ... qui permettent aux usagers non seulement de manipuler, d'accéder aux informations, mais aussi de stocker et de transmettre l'information sous plusieurs formes à savoir : son, musique, image, vidéo, texte et interface graphique... (Benchenna, 2012 :11-12). De nos jours les TIC sont utilisées avec efficacité dans les domaines variés, tels que l'agriculture, l'environnement, la politique, le commerce, l'armée et surtout dans la médecine et l'anthropologie médicale dont l'un des défis actuels est de réfléchir sur la place de l'homme face à la télémédecine.

2.3. La santé

Si l'OMS définit le terme « santé » comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Préambule de la constitution de l'OMS, 1946), cette recherche anthropologique, fait de la santé un objet d'étude multidimensionnel, lié non seulement aux représentations et pratiques populaires relatives aux souffrances, aux maladies et à la guérison, mais aussi, aux structures administratives, sociales et culturelles intervenant dans les soins. C'est dans ce sens que J.-P Olivier de Sardan (2006 : 1039) souligne que « *désormais, l'anthropologie de la santé s'est considérablement diversifiée. Elle va d'une anthropologie plus fondamentale à une anthropologie plus appliquée, elle incorpore des formes variées de collaborations entre*

²³ Les télécommunications renvoient à toute forme de communication à distance. On distingue les procédés de télécommunication du *son* (téléphone, radiodiffusion sonore), de l'*image* (vidéographie), du *son* et de l'*image* (télévision), des *textes* complétés ou non d'éléments visuels ou sonores (télégraphe, télex, télécopie, télétexte, courriel), des *données informatiques* (téléinformatique), etc. Selon le mode d'échange, on différencie les moyens de télécommunication fonctionnant toujours à sens unique, d'un émetteur vers un ou plusieurs récepteurs (radiodiffusion, télévision, radiomessagerie^{1/4}), de ceux qui permettent d'instaurer un dialogue entre deux personnes ou deux groupes (téléphone), ou bien entre, d'un côté, une personne ou un groupe et, de l'autre, un fournisseur de services en ligne (serveur vidéotex, site Web). Cf. (Le petit Larousse, 2010)

anthropologues professionnels et personnels de santé et elle porte sur des objets multiples, nouveaux et de plus en plus pointus. »

Ce vaste champ comprend par exemple : le service de santé publique, la formation médicale, le personnel de santé (médecin, infirmier, guérisseur, rebouteux, naturopathe, pharmacien, agent d'assainissement...), le traitement des maladies, la vente des médicaments, la santé mobile...

2.4. La santé mobile (*mobile health*) : Définition et approche historique

La santé mobile (ou *mobile health* en anglais) fait partie du champ des TIC au service du développement²⁴ et de la santé en particulier. C'est dans ce sens que l'OMS définit la m-santé ou santé mobile comme étant « *des pratiques médicales et de santé publique soutenues par des appareils mobiles, comme des téléphones portables, des moniteurs des patients, des assistants personnels numériques (APN) et d'autres appareils sans fil* » (Forum PCMA, 2014 : 4). La santé mobile fait partie du champ vaste de la santé électronique (E-santé ou E-Health en anglais), c'est-à-dire une innovation qui vise à utiliser les TIC pour améliorer le service de la santé qui inclut le traitement des patients, la conduite des recherches, l'éducation à la santé, la lutte contre les maladies et le management de la santé publique (Omanda Bouraima, 2017 : 39).

L'évolution historique de la santé mobile est donc profondément liée à celle du perfectionnement et de la dissémination des connaissances technologiques dans le monde. Ainsi l'usage des TIC par l'homme remonte à une époque lointaine qui pourrait être située au XIX^{ème} siècle, à l'ère de la révolution industrielle. La diffusion de l'information commençait à s'accélérer lorsque les premières industries de communication voyaient le jour. Ce sont par exemple : l'imprimerie créée en 1454, la télégraphie en 1841, le téléphone et la radiotéléphonie en 1906. Ensuite, c'est vers le XX^{ème} siècle que la communication va prendre un essor considérable avec le perfectionnement de la diffusion de l'information par l'invention de la télévision et les réseaux de terminaux de réseaux public (minitel, téléc, fax...), des terminaux de réseaux privés (réseaux locaux ou mini-réseau), des machines qui fonctionnent de façon autonome (magnétophones, baladeurs, électrophones...) et des outils de distribution des biens et services. Pour définir cette avancée technologique on parlait à cette époque des NTIC²⁵ de « machines à informer » ou de « télémates » (Benchenna, 2011 : 12). Cependant, c'est vers la fin de la décennie 1990, grâce à l'extension et la coordination de la

²⁴ Consacrés en anglais sous l'acronyme ICT4D (Information and Communication Technologies)

²⁵ Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

télécommunication, de l'audiovisuel et de l'informatique que les TIC, en réduisant le temps et l'espace, facilitent davantage les contacts entre les humains. Désormais, en un temps record, le texte, le son, l'image et la vidéo peuvent être diffusés à travers le globe terrestre par des appareils sophistiqués²⁶. Et depuis le début de l'an 2000, ces appareils sont de plus en plus nombreux, à bon prix et perfectionnés. Le nombre des utilisateurs augmente, y compris dans les pays africains où la Banque mondiale souligne dès 1995 l'importance des TIC pour le développement de l'Afrique (Dahmani, 2003 : 20)²⁷. Au Tchad, si le service postal, la télégraphie et la radiodiffusion ont été introduits pendant la colonisation au XXème siècle, c'est à partir de 1972 que les fax, la télévision (1987), l'internet (1997) ... s'en suivront (Konodji Guelngar, 2013). A ce jour, les opérateurs de téléphonie mobile au Tchad sont : salam (2005), *Sotel Tchad*, *Airtel Tchad* (2000), *Millicom Tchad* (2004) et les fournisseurs d'accès internet sont entre autre : *Prestabist*, *Albideynet*, *Saonet*, *Gazelle telecom*, *Miracle telecom* (Bachar Bong, 2015 : 5)

A partir du début des années 2000, les TIC envahissent presque toutes les activités de l'homme, y compris le secteur de la santé. Cette concordance entre les TIC et la santé dénommée E-santé, télémédecine, E-médecine ou santé mobile, vise à dispenser des soins de santé aux utilisateurs par l'intermédiaire des dispositifs intelligents et permettre d'offrir de meilleurs soins de santé à moindre coût ; d'assurer un accès plus facile et plus immédiat aux informations et aux soins médicaux en ligne (European Data Protection Supervisor, 2015 : 4).

Aussi, existe-t-il à travers le monde beaucoup d'initiatives de santé mobile telles que : la formation des médecins en ligne, la télésurveillance des épidémies, la collecte des données, le financement de la santé, les services d'aide au diagnostic, le soutien d'observance des traitements et les services d'assistance téléphonique, les sensibilisations médicales par les ondes des medias et téléphones mobiles... Par conséquent, la santé mobile est au premier rang des discours sur le développement du fait de sa capacité à améliorer les services de santé surtout des pays pauvres et transformer les échanges d'informations, et de connaissances à l'aide de la technologie sans fil (Gerber, 2011 : 11).

Au Tchad, contrairement aux tendances mondiales, les initiatives en matière de la santé électronique en général et de la santé mobile en particulier sont rares. Aussi, est-il

²⁶ Ce sont par exemples les ordinateurs, les téléphones portables, les tablettes numériques...

²⁷ Selon la banque mondiale, « La révolution de l'information (...) offre à l'Afrique une opportunité dramatique de bondir dans le futur, de rompre des décades de stagnation et de déclin. L'Afrique doit saisir rapidement cette chance. Si les pays africains ne parviennent pas à tirer avantage de la révolution de l'information et à surfer la grande vague du changement technologique, ils seront submergés par elle »

important de souligner qu'il existe une différence entre un projet de santé mobile qui contribue à organiser et faciliter le service de la santé et celui qui contribue directement à diagnostiquer et soigner les malades.

Ainsi, à Torrock, le personnel soignant utilise le téléphone autant dans sa communication interne que dans ses rapports avec les patients. La radio, la télévision et l'internet sont d'utilisation rare. Par ailleurs, le projet *Dawa mobile* a innové une unité mobile de dépistage et de prise en charge de la bilharziose (de Bruijn, 2016a).

Il est donc clair qu'il existe entre les concepts précités une interaction de type acteurs sociaux-technologies, qui se manifeste dans le modèle de contraintes – connectivité – santé défini ci-dessus et dont les effets sont dignes d'intérêts scientifiques. Après la définition de ces concepts clés, il est important de préciser les questions spécifiques qui orientent cette étude.

6. Questions de recherche

Si d'une part les auteurs ont abordé la question de la santé mobile du point de vue de ses avantages, inconvénients et obstacles liés à sa mise en œuvre dans les pays en développement et d'autre part certains ont fait des revues de la littérature scientifique liées à la santé mobile, cette recherche qui a pour objet d'étude, l'usage des TIC dans le système sanitaire de Torrock, une zone rurale située au sud du Tchad et confrontée à la pauvreté et aux maladies hydriques, se pose les questions spécifiques suivantes : comment interagissent les acteurs du système de santé local et leur environnement social ? De quelle manière se manifestent les rapports des acteurs du système sanitaire avec la population locale ? Quelles sont les différents types d'inégalité et les formes d'entraide sociale inhérents à ces rapports ? Comment utilise-t-on les TIC dans la sous-préfecture de Torrock et quelle évaluation peut-on faire du rôle de ces TIC dans le système sanitaire ?

7. Annonce du plan

Cette recherche s'articule autour de six chapitres suivants qui permettent de mieux expliquer et comprendre l'usage des TIC dans le système sanitaire de Torrock.

Dans une approche préliminaire, il est nécessaire d'expliquer la méthode de cette recherche à travers une brève présentation du contexte historique et sociopolitique de la zone

d'étude et la technique de recherche empirique relative aux enquêtes qualitatives, les entretiens, focus group, observation participante.

Ensuite le deuxième chapitre a pour objet d'analyser le système de soin local à travers son organisation, les acteurs soignants du secteur public (les centres de santé et la Pharmacie Régionale d'Approvisionnement en Médicaments dans le Mayo Kebbi) et ceux du secteur privé (guérisseurs, infirmier du quartier, vendeur de médicaments, rebouteux, religieux).

Dans la même logique, le troisième chapitre est une analyse des rapports du système sanitaire avec la population locale. Il a pour objectif d'examiner non seulement les rapports entre soignants et soignés, mais aussi les rapports du système sanitaire avec les pouvoirs locaux, les religieux et les éducateurs. Enfin, ce chapitre contextualise ces rapports du système sanitaire avec la population locale.

Ensuite, le chapitre 4, s'intéresse particulièrement aux inégalités entre patients dans la santé (inégalité de genre et inégalité entre riches et pauvres) et les formes d'entraides sociales existant dans le système sanitaire (dettes, cotisation, assistance, troc),

En outre, le cinquième chapitre décrit l'utilisation des TIC dans la sous-préfecture de Torrock. Il se propose d'analyser l'appropriation locale des TIC aussi bien dans la vie courante que dans la santé. Ensuite, une description du rôle des moyens de transport dans la santé est aussi nécessaire dans ce cadre.

Enfin, cette recherche s'efforce d'évaluer l'apport des TIC dans le système sanitaire de Torrock. Il vise essentiellement à mettre en évidence les changements liés à l'usage des TIC dans la santé, les barrières à l'utilisation des TIC dans la santé, et démontre que la santé mobile contribue à la performance du secteur de la santé et à l'information de la population, dans un contexte rurale subissant des contraintes multiformes.

CHAPITRE 1. METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Introduction

Cette recherche fait partie du programme de recherche *Connecting in Times of Duress* (se connecter en temps de contrainte). Elle constitue pour moi, une opportunité de faire l'expérience d'un terrain difficile mais novateur, en plus de réfléchir sur une thématique en anthropologie de la santé, à laquelle j'accorde un intérêt particulier. Car, « *le terrain est le « laboratoire » de l'ethnologue : il est dans sa vocation de « faire du terrain », au point que le « premier terrain » en est venu à être l'experimentum crucis qui décide d'une carrière* » (Bonte et Izard, 2013 : 471).

Une méthode peut être définie comme étant « *l'ensemble des procédures spécifiques à une recherche. En d'autres termes c'est la démarche analytique qui consiste à évaluer l'utilisation et le rendement de chacune des techniques dans le cadre d'une recherche particulière* » (Genest, 1979 : 6). Le travail qui se veut scientifique se distingue donc par sa propre méthode anthropologique qui s'attèle sur un ensemble de démarche intellectuelle et empirique permettant de recueillir des données théoriques et pratiques, en vue de les transcrire et de les analyser, pour produire un document ethnographique. Puisqu'elle fait suite à une étude de Master I portant sur la perception de la bilharziose par la population de Torrock, réalisée en 2016 à la suite d'une enquête de dix-sept jours, la présente recherche s'est matérialisée grâce à une immersion d'environ deux mois (du 26 juin au 31 août 2017) dans la sous-préfecture de Torrock. L'objet de cette étude porte sur l'usage des TIC dans la santé à Torrock. Concrètement, il s'agit d'enquêter et d'analyser le système de soin local, ses rapports complexes avec la population ainsi que l'appropriation des TIC par ce système, en vue de penser un modèle de santé mobile adéquat.

Néanmoins, il convient de souligner que quelques difficultés ont entaché la mise en œuvre de cette recherche. Il s'agit de : l'accès difficile de certains villages pendant la saison des pluies à cause de l'état dégradé des routes et des travaux champêtres ; la barrière linguistique (ne parlant pas les langues locales j'ai eu parfois du mal à me faire comprendre autant par l'interprète que par mes interlocuteurs dont les opinions émises ont dû faire l'objet de plusieurs interprétations pour être comprises.) ; la méfiance de certains guérisseurs, chefs de village et autorités administratives s'explique par le fait que face à un étranger que je suis,

ces acteurs n'ont pas parfois confiance de la portée de leurs propos, craignant d'être dépouillés de leur savoir ou d'être sanctionnés par leurs supérieurs.

De ce fait, pour atteindre ses objectifs, ce chapitre préliminaire se propose tout d'abord de faire connaissance de la zone d'étude c'est-à-dire présenter brièvement les aspects géographiques, socio-sanitaires et technologiques, avant d'expliquer la méthode de travail suivie pour mener à bien cette recherche.

1. Présentation de la zone d'étude

Torrock est une sous-préfecture située au sud du Tchad dans la région du Mayo-Kebbi Ouest. C'est une zone d'agriculture, de pêche et d'élevage (Breye, 1997). Cette sous-préfecture est composée de trois cantons : Torrock, Gouin et Goïgoudoum. A cause de l'accès difficile de certains villages en saison des pluies, cette recherche s'est particulièrement intéressée au district de Torrock. Les entretiens et les observations ont eu lieu essentiellement dans huit villages du district de Torrock à savoir : Torrock, Balani, Gouin, Mabassiackré, Goïgoudoum, Zamagouin, Fama et Mbibou. Toutefois, pour approfondir les informations liées à la santé publique, d'autres entretiens sont effectués à la Délégation Régionale de Santé Publique du Mayo-Kebbi Ouest située à PalaTorrock est une sous-préfecture dont la plupart des habitants sont des Moundang. Toutefois, il existe d'autres ethnies minoritaires telles que les Toupouri, les Fulbés, les Kéra, les Moussey et les Gambaye. Ainsi, après avoir décrit brièvement le contexte géographique, les aspects socio-sanitaires de cette zone d'étude méritent une attention particulière.

1.1.Situation géographique du terrain

La sous-préfecture de Torrock est située au sud-ouest du Tchad, précisément dans la région du Mayo-Kebbi Ouest, au Département du Mayo-Dallah. C'est une sous-préfecture d'environ 63 km², regroupe trois cantons : Torrock, Goïgoudoum et Gouin.

Du point de vue géographique, la sous-préfecture de Torrock est située au nord par la préfecture de Fianga ; à l'est par Gounougaya, à l'ouest par Léré et au sud par Léré.

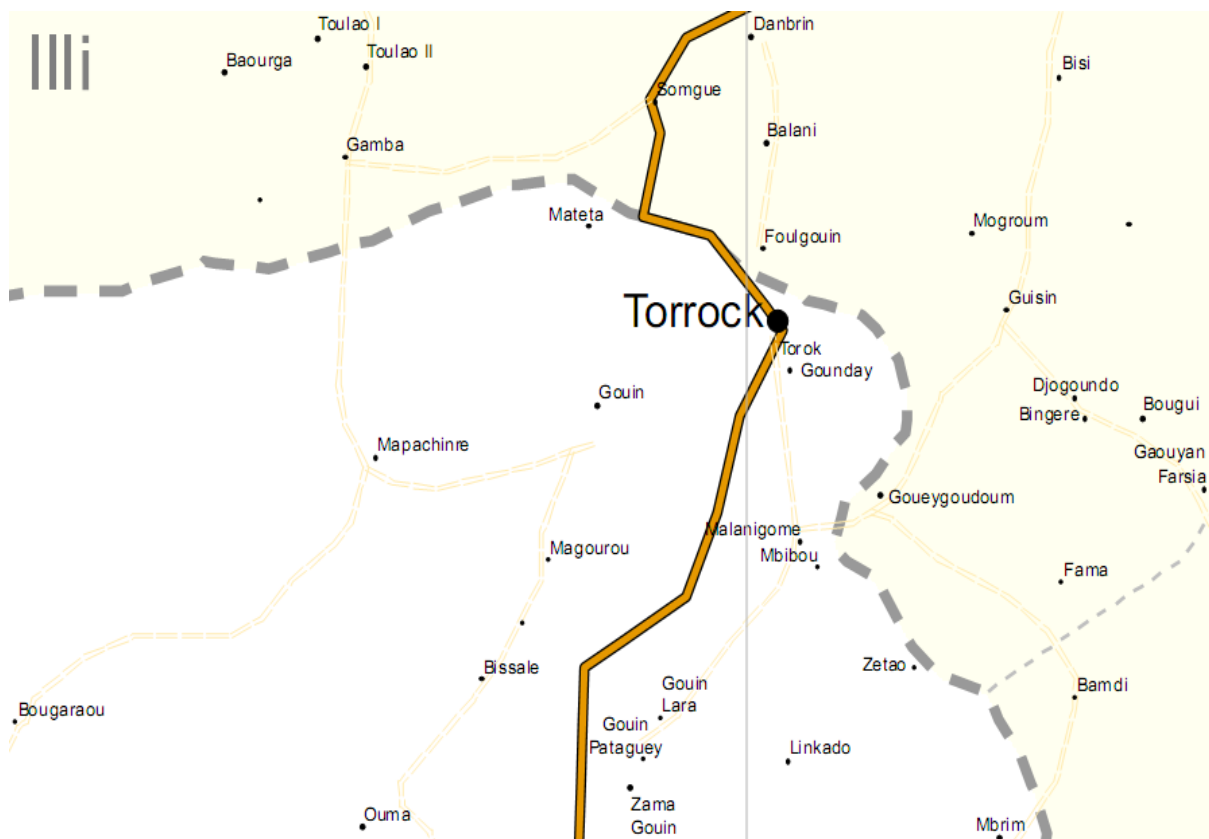


Image 1. Carte géographique de la sous-préfecture de Torrock, © OCHA, 2016

Torrock est traversé par trois cours d’eaux à savoir :

- Le *Mayo-Madorbo*, dénommé “*el madorbo*”, principal fleuve, traversant Torrock du sud au nord pour se jeter dans le lac Tikem ;
- La rivière *zetao*, est le deuxième cours d’eau, affluent du Mayo-madorbo
- *El-maneuh Tchouing* est un affluent du *zetao*

Les populations vivant dans cette zone vivent essentiellement de l’agriculture (on y cultive entre autre, du mil rouge, maïs, riz, canne à sucre, oignons...) de l’élevage et de la pêche (essentiellement en saison de pluie).

1.2.Contexte socio-historique

De prime abord, dans la sous-préfecture de Torrock, la communauté s’identifiant par l’ethnicité Moundang est majoritaire ; c’est elle qui détient le pouvoir cantonale.

En ce qui concerne les autres groupes ethniques tels que les Toupouri, les Kéra, les Moussey, les peuls, les Gambaye etc., leurs arrivées progressives s’expliquent soit par la

recherche des terres agricoles fertiles, les pâturages ou soit encore par les raisons liées aux transhumances, aux commerces, aux mariages mixtes et aux affectations administratives.

Cependant, selon les observations de terrain et les entretiens recueillis auprès d'un informateur²⁸, l'accroissement progressif des peuls dans les périphéries de Torrock s'explique par le fait que ces derniers, subissant de plus en plus les affres de l'insécurité liée aux enlèvements de leurs enfants par les bandits opérant en brousse, préfèrent se stabiliser et s'approcher d'avantage des habitants de Torrock. Par conséquent j'ai constaté des huttes et des tentes des peuls, construites vers la périphérie ouest, aux alentours du village de Maka, de sorte qu'en cas des agressions, le voisinage peut facilement les secourir. Cette information est confirmée par le chef de canton de Torrock Gong Kabé Tchoubou, avec qui j'ai eu un entretien le 19 août 2017.

Ces populations sont de confessions religieuses différentes. Ce sont des animistes, des païens, des chrétiens et des musulmans. Selon le recensement général de la population de 2009, la population de Torrock est estimée à 49 981 habitants dont 23447 hommes et 26 534 femmes (INSEED, 2012 : 12). Progressivement, Torrock s'est agrandi autant en population qu'en territoire, de sorte qu'après l'indépendance du Tchad, il est érigé en Poste Administratif par un décret du 22 mars 1960. Dans l'optique de mieux administrer la population locale, ce Poste Administratif, fut divisé en trois cantons depuis 1968 : le canton Torrock (où est localisé le Poste Administratif), le canton Goïgoudoum et le canton Gouin. Plus tard en 2001, Torrock fut érigé en sous-préfecture. Après une connaissance brève du terrain, je vais décrire les techniques de collecte des données utilisées.

2. Description des techniques de collecte des données

Faire une étude anthropologique sur un sujet lié à la technologie et la santé est complexe mais captivant. Pour y arriver, au-delà des questionnements multiples que je me suis posés, il a fallu au préalable des discussions avec mes enseignants et une lecture approfondie pour bien définir l'objet d'étude de cette recherche à savoir l'usage des TIC dans la santé (système de soins de santé) à Torrock. La méthode adoptée par cette étude est de type qualitatif, tel que privilégié par l'anthropologie. Deux phases de recherches sont importantes à souligner : la recherche documentaire et la recherche de terrain.

²⁸ J'ai eu cette information le 24 mars 2016 aux environs de 8 heures lors d'une discussion avec mon informateur pendant qu'il m'accompagnait en brousse, identifier les plantes thérapeutiques soignant la bilharziose. Il me l'a avouée lorsque je lui ai posé la question de savoir : qui occupait les huttes aperçues en campagne

2.1. La recherche documentaire

Il est tout d'abord important de souligner que j'ai dû faire une recherche documentaire sur internet, au CEFOD, à la bibliothèque de Torrock et du département d'anthropologie de l'université de N'Djamena, pour avoir des informations générales sur les habitants de Torrock, ainsi que sur les thèmes à la santé mobile, aux TIC et à la société. L'objectif de cette recherche préliminaire est de m'enquérir de toute publication ayant un rapport direct ou indirect avec cette recherche afin d'avoir des prédispositions intellectuelles pour mieux affronter mon « terrain », mais aussi d'approfondir et de faire ressortir la spécificité de mon travail.

Cette recherche m'a permis de découvrir et trier toute une foultitude de publications récentes liées à la technologie et la société, mis en exergue dans la revue de la littérature et le cadre théorique de cette introduction. Ces publications peuvent être classées en livres, articles et rapports divers produits par des institutions privées ou publiques, traités de « littérature grise ».

2.2. La recherche de terrain

L'enquête de terrain concerne en priorité le district de Torrock (dont les centres de santé sont repartis dans huit villages issus des trois cantons de la sous-préfecture de Torrock), la délégation de santé du Mayo-Kebbi ouest située à Pala et le ministère de la santé publique. Les techniques de recueil de données utilisées sont : l'immersion, les entretiens, les observations et les focus group (groupes de discussion), la participation à des réunions.

2.3. L'immersion

Elle est définie comme étant une action de s'intégrer dans une communauté donnée afin de mieux la comprendre et l'étudier de l'intérieur. Dans une recherche anthropologique de cette envergure, l'immersion est une nécessité.

Loin d'être un touriste curieux venu découvrir un milieu exotique, la sous-préfecture de Torrock ne m'est pas étrangère. Car, non seulement j'ai eu l'opportunité d'avoir des amis à N'Djamena qui sont des ressortissants de Torrock, mais en 2016, j'y étais venu pour dans le cadre du mémoire de Master 1. C'est ce qui m'a permis d'avoir déjà des amis et connaître certains villages. De plus, si mon insertion dans la vie courante est facilitée, c'est parce que, à Torrock où j'habite, mon hôte avec qui je partage beaucoup de temps, est le petit frère du chef de canton de Torrock. J'ai donc eu le privilège de tirer profit de sa popularité ; car, ne dit-on pas que « *l'ami de ton ami est ton ami* ». C'est grâce à lui que j'ai adopté et observé les

comportements de la population de Torrock dans la vie courante. Pour ce faire, j'ai dû partagé le quotidien de la population, à travers les douleurs des maladies et les joies de guérison; les palabres autour de la *bili*²⁹ ; les rythmes sacrés des danses funéraires ; les prières chrétiennes, l'ambiance festive des marchés hebdomadaires, les intempéries.

C'est pourquoi, malgré la présentation préalable de mon autorisation de recherche, en tant qu'étudiant en anthropologie, aussi bien aux autorités locales qu'à mes interlocuteurs, j'étais tantôt considéré comme l'ami du « Yérima³⁰ » dans les rues et les marchés, tantôt perçu comme un docteur ou stagiaire dans les centres de santé, tantôt comme un enquêteur ou journaliste quand je suis avec les autorités locales ou encore comme un patient lorsque je pars voir les guérisseurs.

2.4. Les entretiens

Les entretiens sont des conversations de longue durée et parfois répétitives entre l'enquêteur et l'informateur. Fondés sur un dialogue permanent et constructif, les entretiens, clé de voûte de l'anthropologie de terrain, permettent de recueillir des informations de première main. Pour ce faire, cette recherche a adopté des entretiens formels, c'est-à-dire qui reposent sur un rendez-vous établi avec l'informateur et des orientations précises en rapport avec la problématique du sujet étudié, et les entretiens informels qui reposent sur des conversations improvisées, aux centres de santé, dans les rues et les marchés. Les entretiens informels surviennent à la suite du constat d'un évènement, d'une information constatée au terrain et qui, aiguisant ma curiosité m'incite à l'immédiat de demander une explication ou une vérification auprès d'un interlocuteur. Alors que je ne m'y attendais pas, c'est par ce moyen que j'ai découvert des acteurs négligés mais important dans le système de santé à l'exemple des agents d'assainissements, des chefs de terre, les agents de transport routier, les relais communautaires.

C'est grâce aux entretiens réalisés que j'ai pu approfondir les thèmes de conversations portent en général sur les rapports de confiance ou méfiance entre soignants et soignés ; le rôle des autorités locales et religieuses dans la santé ; la manière d'utiliser les TIC par les soignants, la perception locale des maladies, de la pauvreté et richesse, les inégalités et les endettements dans les dispensaires.

Les groupes stratégiques ciblés par ces entretiens sont entre autres : le personnel de santé, les malades et leurs familles, les autorités locales et religieuses, les agents de transfert

²⁹ Boisson alcoolisée faite à base du mil rouge

³⁰ Le prince

de crédit, les vendeurs de médicament, les enseignants, les membres des comités de santé. Avec ces acteurs, c'est au total, plus de cents dix entretiens réalisés.

Concrètement, pour procéder à ces entretiens, le travail est reparti en deux phases : tout d'abord, pendant le premier mois de séjour de terrain en juillet 2017, les entretiens sont essentiellement orientés vers les personnels des centres de santé, les malades et leurs familles. Du fait que pendant la saison des pluies, il est difficile de rencontrer les familles à leur domicile, la stratégie adoptée, c'est de faire des centres de santé un carrefour où je peux facilement rencontrer les soignants, les soignés et leurs familles.

Les huit centres de santé du district de Torrock où je suis d'ailleurs bien accueilli par le personnel, sont devenus pour moi un pôle stratégique qui m'a permis de tisser des relations amicales, grâce auxquelles j'ai obtenu des interprètes, organiser des focus group et contacter les autres acteurs à l'exemple des chefs de villages et des guérisseurs.

En ce qui concerne la langue de communication, cela dépend de mon aptitude linguistique et de celle de mon interlocuteur. Ainsi, certains entretiens faits en français et en arabe local n'ont pas suscité l'intervention d'un interprète ; alors que d'autres sont réalisés en Moundang, Toupouri, et Moussey par l'intermédiaire d'un interprète. Loin d'être un frein à la poursuite de mes recherches, cette barrière linguistique a plutôt aiguisé ma curiosité. Parce que, le fait que les interprètes ne traduisent pas souvent d'une manière linéaire les propos tenus par les personnes interviewées, il m'a fallu parfois faire un autre travail de réécoute et de contre-traduction pour (in)valider les premières interprétations faites au terrain.

2.5. Le focus group

Le focus group ou groupe de discussion, un débat organisé par le chercheur autour d'un thème donné et dont le nombre des participants varie approximativement entre 6 à 10. Méthode en appui aux entretiens individuels, le focus group me permet d'analyser la convergence ou la divergence des points de vue d'un groupe de personnes dans un village, choisies en fonction de leur aptitude à raisonner et mieux comprendre les enjeux sociaux de leur milieu de vie. Ce moyen est aussi important pour s'imprégner des réalités locales vécues par les populations.

Dans le cadre de cette recherche, trois focus group ont été réalisés dans trois villages différents situés dans les trois cantons de la sous-préfecture de Torrock (Zamagouin, Balani et Gouin). Le nombre de participants varie entre six et douze personnes majeures de différents sexes dont l'âge varie entre 25 et 60 ans. Ces focus group, organisés tout autour des centres de santé ont été réalisés grâce aux soutiens des relais communautaires avec qui j'ai eu des

contacts privilégiés en vertu de leur proximité des populations. Les langues de communication sont le français, le Moundang et le Toupouri traduits (au besoin) par un interprète contacté sur le champ.

Les thématiques débattus, enregistrées par un dictaphone tournent autour de : les comportements de la population face à la maladie ou au centre de santé ; l'importance du téléphone mobile ; l'interprétation locale des maladies et les difficultés liées à la quête des soins.

Les différentes opinions exprimées ont donné lieu à une transcription et analyse rigoureuse en vue de renchérir les données de l'enquête de terrain.

2.6. Les observations et les participations aux réunions

En plus d'écouter et de faire parler les gens, le chercheur en anthropologie, fait usage fréquent des observations pour corroborer les discours tenus par les personnes contactées en décrivant des faits et gestes. Car en réalité, ce que les gens disent diffère parfois de ce qu'ils font. Complémentaires aux entretiens et focus group, les observations qui se matérialisent par des descriptions visuelles, permettent de discerner les discours des faits pour écrire entre les lignes les non-dits ou les complexités des rituels et séances de guérison qui ne peuvent être exprimés oralement. Dans cette recherche, des observations se manifestent à travers les descriptions des endroits visités, la prise en charge des patients autant par un infirmier que par un rebouteux ou encore la description des interactions entre les acteurs dans une réunion de mobilisation sociale...

Par ailleurs, les participations aux réunions sont des stratégies improvisées au terrain, pour me permettre de collecter les données qui me manquaient. En effet, il m'est arrivé de me poser des questions, s'il fallait assister ou non à certaines réunions. Mais finalement, ma curiosité a pris le dessus. J'ai assisté à trois réunions de mobilisation sociale à Torrock (24 et 25 juillet 2017) et Goïgoudoum (27 juillet 2017), en vue d'informer et sensibiliser les autorités locales (sous-préfets, chefs de service et chefs de villages) sur l'introduction d'un nouveau vaccin contre la méningite dans le PEV de routine. Aussi, ai-je pris part le dimanche 16 juillet 2017, à un séminaire de validation des données trimestrielles du paludisme et du PEV (avril, mai, juin) du district de Torrock. Les acteurs participant à ce séminaire sont : le MCD, le responsable des zones, les huit responsables des centres de santé et les huit agents chargés de PEV. Lors de ces réunions, j'ai beaucoup plus fait usage des écoutes et des observations qui m'ont permis de prendre contact avec des informateurs et comprendre l'implication en temps réel de différents acteurs dans la santé, mais aussi certaines difficultés

exprimées par les professionnels de santé dans leurs centres de santé respectifs, ainsi que les TIC utilisés à l'exemple des téléphones, une tablette, trois ordinateurs. La participation à ces réunions a facilité mon accueil et mes enquêtes dans les centres de santé et les villages.

2.7. La triangulation, la saturation et l'itération

La triangulation, du suffixe triangle, est une méthode recommandée en anthropologie pour vérifier la véracité des informations reçues en croisant les propos d'au moins trois informateurs différents sur un même sujet. Cette recherche n'a pas manqué de faire la triangulation pour confirmer certaines informations. C'est l'exemple des cas d'endettements, la réticence des chefs de villages pour sensibiliser les populations, les recours aux infirmiers du quartier confirmés par les interlocuteurs différents.

A propos de la saturation, elle constitue juste un moyen de mettre fin à une interrogation plusieurs fois répondus par des participants (et ne faisant pas ressortir des éléments nouveaux), afin de passer à l'étape suivante de la recherche pour éviter la saturation (encombrement) des données. A ce titre, embarqué dans une aventure, si la triangulation est une voiture pour le chercheur, la saturation est le volant qui le guide et fait avancer son enquête. Privilégiée par l'approche qualitative, elle permet aussi de ne pas se précipiter à atteindre un échantillon représentatif par le truchement des questionnaires dans une approche quantitative. Pour progresser d'une étape à une autre cette enquête a utilisé la saturation. Par exemple après quasiment un mois d'enquête intensive dans les centres de santé et constatant le manque de nouvelles informations, il fallait sortir pour questionner les guérisseurs, les chefs de village, les agents de transfert ou de transport.

Enfin, définie comme étant un aller-retour répétitif au terrain, l'itération est une méthode qui permet au chercheur de prendre une distance avec son terrain, se remettre en cause, réfléchir et faire le point avec son encadreur, avant de revenir avec de nouvelles perspectives pour approfondir certains aspects négligés de son objet d'étude ou changer de stratégie d'investigation. Ainsi, cette recherche a donné lieu à un aller-retour qui m'a permis de réfléchir et discuter avec ma directrice de mémoire, afin de revenir les récits de vie des informateurs privilégiés et approfondir certains aspects liés à l'évolution des moyens de communication, les rôles des mototaxis, à l'usage de la médecine chinoise, l'implication des acteurs politiques dans la santé.

2.8. Le récit de vie et les études de cas

Dans une recherche anthropologique, les récits de vie (ou histoires de vie) sont utilisés pour expliquer les changements qui ont eu lieu dans la vie d'une personne, en relation avec les mutations de la société. Les histoires de vie fournissent alors des arguments pour justifier les relations étroites que l'homme entretient avec sa structure. Car l'histoire d'un individu est parfois confrontée à un événement extérieur qui la modifie. Ainsi, tout le long de cette recherche, des récits de vie des soignants, des malades et de toute autre personne utile sont retenus pour une ample explication des faits vécus.

Les études de cas sont aussi nécessaires pour comprendre les perceptions et les actions des personnes confrontées à un événement précis ou une situation concrète en rapport avec cette recherche. C'est pourquoi, il est parfois fait recours à des descriptions d'une réunion de mobilisation sociale, une scène de massage d'un patient ou d'autres souvenirs racontés par les informateurs.

Si cette recherche a collecté des données diversifiées par le truchement des techniques variées, c'est par une démarche analytique idoine qu'elle a produit un document digne d'intérêt scientifique.

3. Méthodes d'analyse des données

Pour analyser les données, cette recherche a fait recours à trois approches fondamentales que sont : l'approche inductive, l'approche émiqque et l'approche comparative.

3.1. L'approche inductive

Il convient au préalable de souligner que l'analyse des données collectées est fondée sur une approche inductive ; c'est-à-dire un raisonnement analytique basé sur l'expérience de terrain du chercheur mais aussi de ses informateurs à travers les discours, les faits et les observations. C'est pour cette raison qu'avant d'aller au terrain, bien que le projet de recherche soit écrit, les différentes articulations (les parties) ne sont pas connues d'avance. Il a fallu attendre la fin du séjour de recherche et l'analyse des données collectées pour pouvoir enfin organiser le corpus de cette recherche.

Par ailleurs, la progression de l'analyse des données au terrain est rendue possible grâce à une autocritique permanente des données collectées, une itération constante sur les questions de recherche et sur les informateurs clés afin de mieux comprendre et approfondir le sujet de recherche. Ces efforts sont soutenus par une discussion avec la directrice du mémoire.

C'est grâce à cette démarche intellectuelle que le thème de cette recherche est reformulé pour être étendu à l'analyse de l'usage des TIC en général dans la santé à Torrock et d'autres nouvelles pistes ont été approfondies. Par exemple : les rôles des moyens de transports dans la santé³¹ et les influences des TIC sur les inégalités de santé. Par conséquent, d'autres informateurs clés sont contactés. Par exemple : les « moto-taximen », les agents d'assainissements, les membres des comités de santé, les relais communautaires, les membres de l'association Tchad plus.

3.2. L'approche émique

En outre, il s'est suivi une transcription et une analyse quotidienne des entretiens et des observations. D'où l'importance de l'approche émique³², qui m'a permis de recueillir et transcrire et catégoriser les discours des informateurs, afin de les analyser. Ces données : discours, descriptions, photographies, vidéos sont classées dans des fichiers par catégorie et par date de prise jusqu'à la fin de la recherche de terrain. Ces différentes analyses et classifications ont permis de produire des rapports hebdomadaires sur l'avancement de la recherche de terrain.

Enfin, l'écriture scientifique a commencé à N'Djamena, à la fin de la recherche de terrain. Grâce aux rapports hebdomadaires, les données de terrain sont classées par thème pour extraire le plan du travail et retravailler l'introduction de cette recherche. Le document scientifique est finalement produit grâce à un effort intellectuel fondé sur l'analyse des rapports hebdomadaires, les écoutes et les interprétations des entretiens, les lectures et les corrections des descriptions ou encore les observations des photographies et vidéos.

3.3. L'approche comparative

L'approche comparative dans le cadre de cette recherche, consiste à souligner les traits de différences et de ressemblances remarqués dans un village de la sous-préfecture de Torrock ayant fait l'objet d'intervention d'une initiative de santé mobile telle que *Dawa mobile* (par exemple Torrock) et un autre qui n'a pas fait l'objet d'intervention de cette initiative de santé mobile (par exemple Zamagouin).

³¹ Bien que ces moyens de transport ne soient pas des TIC, ce sont des outils connexes dont l'utilité est de faciliter la communication et la mobilité des usagers ; c'est pourquoi le bus-laboratoire est aussi utilisé par le projet *Dawa mobile*.

³² Les termes émic et étic ont été inventés par le missionnaire et linguiste Kenneth Pike en 1954 par analogie à la distinction phonétique/phonémique. En reprenant seulement les terminaisons, « émique » renvoie aux catégorisations, cognitives aux classements et aux constructions des acteurs alors que « étique » désigne les conceptualisations de chercheurs surimposées à celles des acteurs.

Cette approche comparative est fondée sur une démarche empirique qui m'a amené à visiter les deux villages (Torrock et Zamagouin) et organiser des entretiens, des focus group et faire des observations, afin de mieux m'imprégner des réalités locales. C'est grâce à cette approche que je suis arrivé à souligner les innovations induites par la santé mobile à Torrock et analyser les défis auxquels se confronte une initiative de santé mobile dans cette zone.

Conclusion

En somme, cette approche préliminaire a permis de mieux connaître le terrain d'étude à travers sa situation géographique méridionale et son contexte socio-sanitaire fragile car la pauvreté sévit dans ce milieu ; les structures socio-sanitaires sont insuffisantes et les maladies hydriques font des ravages. C'est dans ce cadre que la méthodologie qualitative adoptée est fondée sur une collecte des données pertinentes, la recherche documentaire, l'immersion les entretiens, le focus group, les observations de terrain, la triangulation, la saturation et les récits de vie, orientés vers des groupes stratégiques précis tels que : les malades, le personnel de santé, les guérisseurs, les autorités administratives et religieuses, les vendeurs de médicaments. Ainsi, après avoir planté le décor de cette recherche, il est important d'identifier les acteurs du système sanitaire local.

CHAPITRE 2. ETAT DES LIEUX DES ACTEURS DU SYSTEME DE SOINS LOCAL

Introduction

« Ça a commencé dimanche matin-là, j'avais senti un peu de douleurs au ventre. Après, je suis venu chercher le remède du village là ; j'ai bu alors un instant, ça s'est calmé³³. C'est les racines... euh comment on appelle l'arbre là... donc j'ai bouilli ça (...) oui amère et comme j'ai bu, ça s'est calmé. Finalement je pars alors me promener. Comme j'ai bu le vin, je ne sais pas si c'est le vin-là qui a donc enlevé le choc. 19 heures là, ça a déclenché ; Dimanche même là, dans la soirée, jusqu'à, jusqu'à, je n'ai même pas dormi. A 24 heures, j'envoie ma femme-ci (il me montre du doigt sa femme assise sur la natte) chez un pharmacien du quartier là, il m'envoie des comprimés, j'ai bu, ça n'a même pas tenu. Le matin alors lundi, ça a commencé, jusqu'à à ce que je n'arrive même pas à rester. Pour venir alors à l'hôpital, y a un frère qui m'a encore amené un remède du village, encore dit que non papa bois ça ! Je bois encore, ça s'est calmé. Alors, jusqu'à 15 h comme ça, biiih ! Ça encore déclenché là, c'est pas la peine. Jusqu'à 17h là, je suis déjà à l'hôpital. Jusqu'aujourd'hui je suis là. Maintenant ça essaye d'aller (...) j'ai déjà dépensé 14, presque 15000 francs déjà...³⁴»

Ces propos de Tanèni François, un patient de 47 ans, expliquent son itinéraire thérapeutique³⁵ et font ressortir les différents acteurs jouant un rôle crucial dans le processus de guérison de la population de Torrock (les guérisseurs, les pharmaciens, les centres de santé). Car, en général les phénomènes liés à la santé dans la société, impliquent un ensemble complexe des structures et des acteurs en interaction constante (Fassin, 1992 ; Augé et Herzlich, 2005). Ainsi faire un état des lieux des acteurs du système³⁶ de soins de Torrock, c'est principalement se poser la question de savoir, Quels sont les acteurs qui soignent la population locale ? Ce questionnement me permet d'analyser l'organisation des soins à Torrock. Car dans la logique de la problématique de cette recherche, il est au préalable nécessaire de comprendre la configuration locale de la santé, afin de mieux de mieux analyser son adéquation à la santé mobile, point focal de cette étude. Dans ce sens, Sheba (2016) dans

³³ L'auteur veut dire ça s'est calmé.

³⁴ Extrait d'un entretien avec Tanèni François, un patient de 47 ans, que j'ai rencontré au centre de santé urbain de Torrock, le mercredi soir du 12/07/2017

³⁵ Ce terme d'« itinéraires thérapeutiques » signifie, les différents soignants et traitements suivis par le malade dans le processus de guérison. C'est pourquoi Fassin (1992 : 114), souligne qu'« en introduisant la notion d'« itinéraires thérapeutiques », on restitue donc à la maladie sa dimension temporelle et complexe (recours successif à des systèmes médicaux différents) et on lui redonne sa signification de quête (étapes successives permettant d'accéder à la guérison)».

³⁶ Un système peut être défini comme étant un dispositif ou un ensemble d'éléments ayant une fonction bien précise

sa thèse sur le contexte d'applicabilité de la santé mobile en Ouganda, s'est aussi focalisé sur le système de santé et le secteur des télécommunications locaux pour concevoir un modèle de santé mobile. Il en est de même d'Omanda Bouraima et Çetin (2017), qui analysent l'ensemble des problèmes sanitaires au Gabon puis proposent des stratégies fonctionnelles de santé mobile. Pour comprendre et évaluer la santé mobile, il est nécessaire d'identifier les acteurs locaux de la santé et l'évolution de l'implantation des TIC.

Dès lors, cette étude s'inscrit dans la logique de l'approche structure-agencéité qui regroupe plusieurs travaux parmi lesquels ceux de Norman Long (1977), en élaborant le modèle « *actor oriented* », insiste sur l'aptitude des acteurs, en interaction dans un milieu contraignant. Dans le même sillage, Olivier de Sardan (1995 : 39-40), dans son analyse interactionniste, se focalise sur la capacité des acteurs sociaux à influencer leur environnement contraignant. Par ailleurs, en mettant en valeur les actions des acteurs sociaux, leur capacité de résilience et de créativité, d'autres auteurs se sont aussi intéressés à cette approche (Van Dijk, de Bruijn et Gewal, 2007). Ainsi, c'est en analysant ce contexte sanitaire que l'on peut mieux comprendre les actions des soignants en interaction avec leur milieu.

1. L'offre de soins dans le district sanitaire de Torrock

Après avoir analysé la structuration de la politique nationale de santé et les acteurs du district sanitaire de Torrock, il sera fait une description du rôle de ces acteurs.

1.1. Analyse de la structuration de la politique nationale de santé et identification des acteurs du district sanitaire de Torrock

Tout d'abord, il convient de souligner que l'offre de soins dans le district sanitaire de Torrock est incluse dans la politique nationale de santé. En général, l'organisation sanitaire de Torrock (région du Mayo-Kebbi Ouest), rentre dans le cadre global de la politique nationale de santé (cf. Décret N°0179/PR/PM/MSP/SE/SG/2016 portant organisation et fonctionnement du ministère de la santé publique), qui se structure comme suit :

Le niveau central est un appui stratégique. Les rôles de ce niveau stratégique sont entre autre : l'administration centrale ; la conception et l'orientation des programmes nationaux de la santé ; la coordination des aides ; l'évaluation et le contrôle de l'Hôpital Général de Référence Nationale....

Le niveau intermédiaire est appui tactique. Les missions du niveau intermédiaire sont entre autres : la coordination et la mise en œuvre de la politique nationale de santé, l'appui au conseil régional de santé...

Le niveau périphérique est appui opérationnel. Les missions de ce niveau sont entre autre : l'administration des Districts, chargée de conseils départementaux de santé, de la mise en œuvre de la politique de santé et les hôpitaux de District (Noubaramadje, 2006 : 20-21).

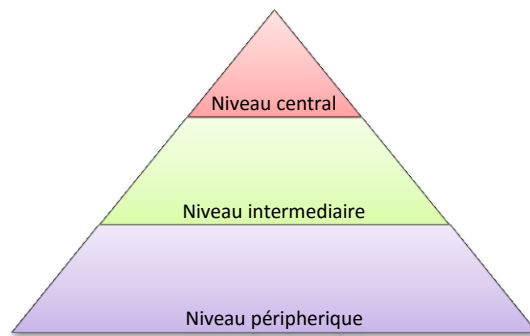


Figure 1. Schéma pyramidal du système national de santé

L'organisation publique des soins à Torrock, fait partie du système national de santé ci-dessus et se situe au niveau périphérique. Ainsi, le district sanitaire de Torrock, est créé par un décret de janvier 2016. Les acteurs de soins publics à Torrock sont composés d'une direction de District, d'un centre urbain de santé de Torrock et de huit centres de santé.

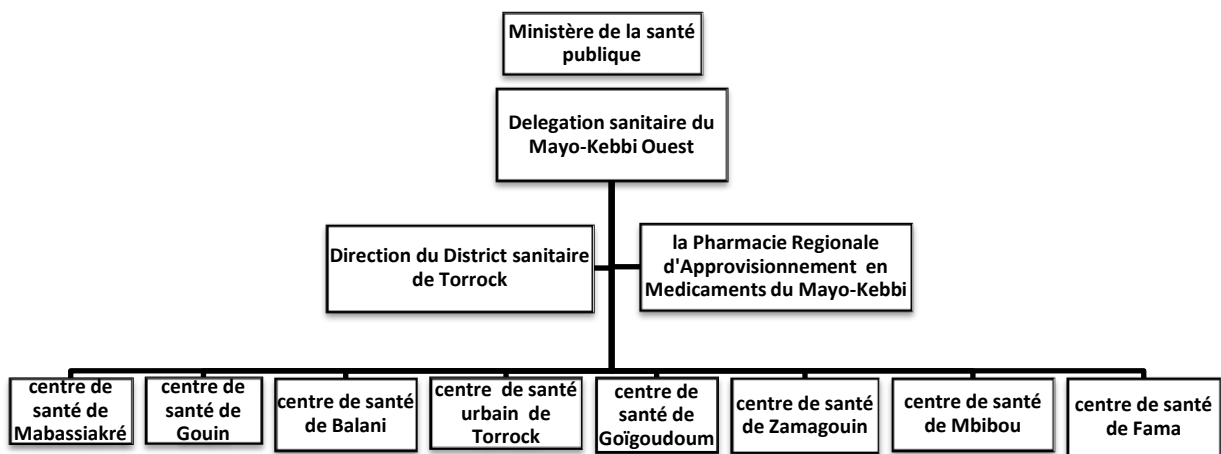


Figure 2. Organigramme des services de santé publics à Torrock © Oumar Abdelbanat, 2017

Il ressort de la structuration des services de santé du district sanitaire de Torrock ci-dessus, les acteurs suivants :

La Direction du District

Cette direction est située dans la même cour que le centre de santé urbain de Torrock. La construction du bâtiment finalisée en 2017, est l'œuvre d'une cotisation des ressortissants de Torrock. Elle est dirigée par le MCD, dont le rôle administratif est de coordonner les activités du district sanitaire et faire des rapports à la délégation sanitaire du Mayo-Kebbi ouest et le rôle clinique est de consulter et soigner les malades. Ensuite le chef des zones de responsabilité, dont le travail est de superviser les activités des centres de santé et servir de point focal au Programme Paludisme. Enfin, un caissier recruté localement par le comité de santé, pour gérer le compte des revenus générés par le paiement des ordonnances, faire le rapport au comité de gestion du centre et payer les agents recrutés localement. Toutefois, Selon les observations de terrain, le district sanitaire n'a pas encore concrètement une Section Administration et Gestion des Ressources et une Section de la Planification et de la Programmation telles que prévues par l'arrêté N°179 portant organisation et fonctionnement du Ministère de la Santé Publique. Toutefois, les tâches confiées à ces sections sont assurées par le MCD et le Chef des zones de responsabilité. Il ressort des registres consultés, que les maladies courantes aux quelles le district est confronté sont principalement : le paludisme, la typhoïde, l'hépatite B (de plus en plus élevés chez les adultes), les kystes « *antomobias* », la diarrhée et les infections respiratoires, la bilharziose, la fièvre typhoïde.

La Pharmacie Régionale d'Approvisionnement en Médicament du Mayo-Kebbi (PRAMK)

La PRAMK est un acteur jouant un rôle majeur dans la conservation et l'approvisionnement en médicaments, dans les hôpitaux régionaux, les districts et les centres de santé, avec lesquels elle est liée par des accords. C'est une structure publique ayant son siège à Bongor et sa succursale à Pala, depuis avril 2017. Cette succursale a pour mission d'approvisionner les centres de santé et les hôpitaux de la région en médicaments essentiels, compte tenu de l'état dégradé de la route et de l'éloignement des structures sanitaires, en attendant la livraison de l'institution mère (PRAMK de Bongor).

Dingamro Didier³⁷ souligne que pour faire leurs commandes en médicaments les centres de santé passent par le district sanitaire qui saisit la PRAMK en envoyant la liste des médicaments et la somme d'argent à payer. A son tour la PRAMK les ravitaille en médicaments (la livraison est assurée par les véhicules de PRAMK). Au cas où cette dernière est en rupture de médicaments, elle est elle-même ravitaillée par la Centrale Pharmaceutique d'Achat (CPA) située à Ndjamena. Si cette dernière est en rupture aussi, elle est à son tour approvisionnée par des laboratoires privés (comme *Laborex*). Cela explique que la commande

³⁷ Responsable de la succursale de PRAMK, à Pala ; selon un entretien du 30 août 2017 avec l'auteur.

des médicaments fait entrer en jeu toute une chaîne d'acteurs publics et privés dans une relations d'affaires.

Le centre de santé urbain de Torrock

La zone de responsabilité du centre de santé urbain de Torrock est étendue à huit villages à savoir : Torrock, Maka, Toutomou, Mateta, Mafadang, Gourbali, Goundaye. En août 2017, la population du centre s'élève à environ 12583 habitants (cf. rapport mensuel d'activité). Le centre de santé urbain de Torrock est construit sur un vaste terrain d'à peu près un hectare ; non-clôturé, il se structure en trois bâtiments : le bâtiment des soins généraux construit en dur depuis 1958, regorge en son sein une véranda³⁸, une salle de consultation, une salle de soins, une pharmacie, un magasin, un laboratoire ; deux salles d'observation et enfin, une maternité (construite en 2009 par l'ONG allemande PRODALKA et la cotisation de la population locale). A côté de ces bâtiments, il y'a un forage, une douche, une ambulance (tombée en panne en juin 2017 à la suite d'un accident), un panneau solaire, un groupe électrogène, deux motos. Le personnel du centre est composé d'un médecin, un infirmier-major et un laborantin (recrutés par l'Etat), un laborantin, deux infirmiers, un pharmacien, un caissier, deux aides-soignants, un chargé de PEV, un chauffeur (recrutés localement).

Le Centre de Santé de Balani

Balani est un village du canton Torrock, situé à environ six Km au nord de Torrock, sur la route principale menant vers Fianga. Inauguré depuis 2006 grâce à un projet allemand (PRODALKA), le centre de santé est construit en dur et regorge en son sein : une salle de consultation, une salle de soin, une salle d'accouchement, une pharmacie, un laboratoire, une douche, un panneau solaire et un forage (construit par la population locale. Ce centre est dirigé par un ATS diplômé de l'ENASS (recruté par l'Etat). Ses collaborateurs sont les suivants : deux aides-soignants, une pharmacienne, un secouriste, une matrone, un laborantin, un agent chargé de PEV, deux relais communautaires et les membres du Comité de Santé.

Le centre de santé de Gouin

Le canton Gouin est situé à cinq Km environ, vers l'ouest de Torrock. Le centre de santé de ce village est construit en 2014, par le Projet d'Appui au Développement Local. En son sein il regorge une salle de consultation ; une salle de soins ; une salle d'accouchement ; un laboratoire ; une pharmacie ; un magasin ; un château d'eau ; une douche ; un panneau solaire. Le personnel dudit centre est dirigé par un infirmier diplômé d'Etat, recruté par l'Etat. Ensuite, deux secouristes ; une matrone, deux relais communautaires ; un chargé de PEV, une

³⁸ C'est sur cette véranda que les agents de santé accueillent et prélèvent les températures et poids des patients

pharmacienne et deux stagiaires sont sous sa responsabilité. Le laborantin est en stage de perfectionnement à Torrock.

Le centre de santé de Mabassiackré

Mabassiackré est situé dans le canton Gouin, à environ quinze km à l'ouest de Torrock. Le centre de santé est construit en 2007, grâce à un projet allemand (PRODALKA) et une cotisation des populations locales. Tout comme les autres centres, les services disponibles sont : les consultations, les soins, les accouchements, le laboratoire et la pharmacie. Le centre est dirigé par un agent diplômé de l'EFASS de Léré en 2004 et intégré à la fonction publique depuis 2005. Ensuite, les autres contractuels recrutés localement sont : deux aides-soignants, une matrone, un pharmacien, un laborantin, deux agents chargés de PEV et deux relais communautaires.

Le centre de santé de Goïgoudoum

Le canton de Goïgoudoum est situé à sept km au sud-est de Torrock. Le centre de santé est logé dans un ancien local du projet d'appui au système pastoral. Aussi, à côté de ce local, il est construit une salle d'accouchement grâce à l'appui d'un cadre originaire du village. Le personnel est constitué du responsable du centre de santé, recruté par l'Etat et d'autres agents contractuels à savoir : deux aides-soignants, un pharmacien, une matrone, une sage-femme, un agent chargé de PEV.

Le Centre de santé de Zamagouin

Zamagouin est un village du canton Goïgoudoum, situé à environ 16 km au sud-ouest de Torrock, sur la route menant vers Pala. Les locaux du centre de santé sont construits par un projet allemand, en accord avec la communauté locale depuis 2005, sous le même modèle architectural que le centre de santé de Balani. Il est constitué d'une salle de consultation, salle des soins, une salle d'accouchement, une pharmacie, une salle de stockage de vaccins, une salle d'observation, une douche, un puits. En ce qui concerne le personnel, le centre est dirigé par un infirmier diplômé d'Etat sorti de l'Ecole Régionale de Formation des Agents Socio-sanitaires de Moundou en 2013 et recruté par la fonction publique. Les agents sous son autorité sont : deux aides-soignants, une matrone, un pharmacien, un chargé de PEV, deux relais communautaires recrutés localement par le comité de santé.

Le centre de santé de Fama

Au début des années 2000, l'idée de créer un centre de santé est initiée par les chrétiens de l'Eglise Fraternelle Luthérienne de Fama, un village isolé du canton Goïgoudoum, se situant à environ 14 km au sud du centre de santé de Torrock. Ensuite une

cotisation est organisée par toute la population de Fama (païens, chrétiens, animistes, musulmans...) pendant au moins cinq ans, sous la supervision de l'Eglise Fraternelle Luthérienne du Tchad (EFLT). L'hôpital confessionnel de Djambar Barissou (Mayo-Kebbi Ouest) a soutenu cette mobilisation de la population de Fama, par des démarches administratives en vue de l'obtention de l'autorisation officielle de création du centre de santé et de la formation des agents de santé. Le fruit de cette cotisation a permis de construire un dispensaire de quatre salles et d'octroyer une bourse d'étude à un étudiant pour sa dernière année de formation en santé (troisième année). A ce jour grâce aux recettes du centre de santé, d'autres salles de soins, la maison de l'infirmier-major et trois forages ont été construits. Aussi, ce centre offre les mêmes soins que les autres (soins, consultation, vaccination, laboratoire, accouchement... et couvre huit villages périphériques. Même si la gestion du centre est contrôlée par l'EFLT, le centre étant reconnu par l'Etat, il fait partie du district sanitaire de Torrock, par conséquent, comme les autres centres de santé, il bénéficie de l'appui matériel de l'Etat³⁹. En début de fonctionnement les anciens de l'EFLT exigeaient que les membres du comité de santé soient chrétiens mais par la suite, le centre s'est davantage laïcisé en acceptant des païens. Jusqu'à ce jour, ce centre est considéré comme étant confessionnel, car l'EFLT joue un rôle crucial dans la gestion administrative et financière dudit centre.

Le centre de santé de Mbibou

Le village de Mbibou est localisé dans le canton Goïgoudoum, à environ huit km au sud de Torrock. Ce centre de santé est construit en 2007 par *Alwada*, une ONG islamique d'origine yéménite. Ainsi, La construction du dispensaire, d'une école et d'une mosquée financés par cette ONG, est une action généreuse suite à la conversion à l'islam du chef de village et une partie de sa population. A la différence du centre de santé de Fama, celui-ci est dirigé par un infirmier-major, diplômé de l'ENASS et pris en charge par l'Etat. Les autres agents contractuels sont : une matrone, une pharmacienne, un laborantin, un garçon de salle, un agent chargé de PEV. Le centre de santé sert quatre villages séparés par une rivière. A ses débuts de fonctionnement les promoteurs exigeaient que le responsable du centre soit musulman mais à ce jour, il est constaté que cette exigence n'est plus d'actualité le centre faisant partie du district est tenu de respecter le principe de laïcité du service public promu par l'Etat. Aussi, l'infirmier-major et bien d'autres agents ne sont pas de confession musulmane.

³⁹ Toutefois, dans ce centre de santé, aucun agent de santé n'est recruté par l'Etat.

1.2. Description du rôle curatif et préventif des centres de santé

En ce qui concerne la description du processus de soins curatifs dans les centres de santé, en général la prise en charge est onéreuse. Ainsi, lorsque le patient arrive, il est accueilli, par un agent. S'il a un carnet, il le lui donne, s'il n'a pas un carnet, il l'achète au prix de cent FCFA. En plus du carnet le patient paye aussi un ticket de 100 FCFA, s'il est de la zone de responsabilité du centre de santé ou encore deux tickets coûtant 300 FCFA, s'il n'est pas de la zone de responsabilité du centre. Selon le MCD cette taxation supplémentaire de 300 FCFA a pour but d'encourager les patients à s'orienter dans les centres de santé du ressort de leur village. A l'issue de cette étape, l'agent prélève les noms, l'âge, la température, le poids, la tension, avant d'envoyer son carnet pour la consultation. Cependant, lorsque le patient est venu pour le suivi de ses soins (prise d'injection, pansement, perfusion...), il est orienté dans la salle des soins où il est pris en charge par un agent. Pendant la consultation, l'infirmier soignant interroge le patient sur son mal ; parfois, il palpe son ventre et observe ses yeux. La communication entre soignant et patient se fait dans la plupart des cas en langue locale. A ce stade, trois possibilités se présentent : Lorsque le soignant identifie la maladie grâce à ses symptômes visibles ou grâce au test de dépistage rapide du paludisme, il lui prescrit les médicaments et l'oriente soit à la caisse pour payer l'ordonnance avant d'aller à la pharmacie, soit directement à la pharmacie lorsque le pharmacien est aussi le caissier (c'est le cas dans tous les centres de santé à l'exception du centre de santé urbain de Torrock). Ensuite, lorsque les plaintes du patient nécessitent la consultation du médecin, l'agent lui demande de passer se faire consulter par le médecin. Enfin, en cas de nécessité d'un examen médical du malade, le soignant oriente le malade au laboratoire avec des instructions sur le type d'examen à faire (urine, sel, salive...). A ce stade, lorsque le centre de santé ne dispose pas d'un laboratoire fonctionnel (c'est l'exemple du centre de santé de Zamagouin, de Goïgoudoum et de Gouin), le patient est transféré dans un autre centre de santé pour des examens biomédicaux, avant de revenir pour la consultation au centre de santé initial.

A côté des consultations curatives, les agents de santé travaillent pour la prévention des transmissions mère et enfant et la consultation prénatale où l'agent soignant examine les femmes en grossesse, les sensibilisent sur l'importance des visites médicales et des vaccinations. C'est pendant ces séances de causerie éducative que les vaccinations de routine sont assurées par les agents de PEV dans chaque village au moins une fois par semaine. Dans ce cas les agents vaccinateurs contrôlent la régularité de la vaccination des enfants de 0 à

11 mois grâce à la technique des cartes doubles⁴⁰ promus par l'OMS. Ce sont les vaccins contre la poliomyélite, l'hépatite B, la dysenterie, la méningite, la variole, la tuberculose, la coqueluche, le tétanos, la diphtérie, la varicelle...

A côté de ces activités liées aux vaccinations et aux suivies des femmes et enfants, il existe dans chaque centre de santé des agents d'assainissement qui jouent un rôle crucial dans la prévention des maladies à travers les activités d'hygiène qu'ils pratiquent autant dans les dispensaires et les puits, que dans les marchés hebdomadaires. De même, dans chaque village, les relais communautaires et les crieurs publics sont envoyés auprès de la population en vue d'une sensibilisation ou d'une information sur toute question liée à la santé. Travaillant dans un contexte communautaire, ces agents bénévoles n'ont pas une rémunération mensuelle. Néanmoins, ils bénéficient parfois d'une somme d'argent forfaitaire quand ils accomplissent leur travail.

Ponbé Bonaventure est un agent d'assainissement, et relais communautaire du centre de santé urbain de Torrock. Instruit et âgé de 47 ans, il est marié et père de neuf enfants. Dans un entretien réalisé au marché de Torrock, il raconte son travail.

« Je suis relais communautaire et agent d'assainissement du centre district de Torrock (...) Pour l'assainissement là, j'ai fait 4 ans et relais communautaire, j'ai commencé depuis 2010...

Nous, notre travail d'assainissement là, si on a vu quelque chose qui n'est pas bon, si c'est sale, on conseille à la femme, je dis voilà ta chose là, il faut faire comme ça, il faut garder ça à côté, il ne faut pas travailler avec, si c'est à la maison chez toi tu peux travailler mais dans public comme ça, il ne faut pas faire des désordres comme ça, on refuse. Et avec les calebasses cassées et si la femme a enlevé les beignets, elle ne garde pas dans *léda* (plastique), ça là, on refuse et le centre nous donne des hypochlorures, on met dans l'eau ; chaque femme qui va vendre la bili, on met d'abord (l'hypochlorure) et elle cherche le feu avec le ganoune (fourneau), elle met ça, si elle veut puiser la *bili*, il faut qu'elle met ça là dans l'eau chaude d'abord, chaque fois, avant de donner à quelqu'un, c'est comme ça. Chaque femme, elle donne 100 F. La viande qui n'est pas bien grillée, on voit tout droit le boucher ; on dit voilà, les plats sont sales, et la viande, ça c'est le docteur vétérinaire, il examine ça d'abord, quand il a une fois examiné, il contrôle d'abord la viande, voilà si c'est bon il te donne un ticket, si c'est pas bon, il ramasse ça et nous, on interdit de vendre ça. Lui aussi, il nous entend, nous aussi on le suit comme ça, donc on fait le même travail (...) on ramène les cartes, chaque boucher doit prendre cette carte à 3500 F, on donne à chaque boucher, il paye ça et cet argent, on envoie à Pala. C'est pour le district de Pala. S'ils amènent quinze cartes, cinq c'est pour nous et les dix là, on ramène l'argent. C'est chaque deux ans (...) Au centre, chaque samedi, on est pour la salubrité ; on lave les W.C, on laboure la cour, parfois, on prend l'argent de notre caisse, on paye Rondon⁴¹, on pulvérise avec ça⁴² ».

⁴⁰ Selon cette méthode tout enfant de 0 à 11 mois qui suit la vaccination possède deux carnets. L'un est gardé par l'agent de santé vaccinateur et l'autre est remis à sa mère. A chaque visite, les deux carnets sont simultanément vérifiés avant de vacciner l'enfant. C'est de cette façon que l'agent vaccinateur maîtrise la régularité de la vaccination des enfants.

⁴¹ C'est un herbicide utilisé fréquemment en zone rurale pour désherber les champs

⁴² Entretien réalisé par l'auteur le 18 août 2017 au marché de Torrock

Ainsi, selon ses commentaires les agents d'assainissement et relais commentaires sont des acteurs proches de la population, pour les conseils, la sensibilisation et la propreté des aliments consommés dans les marchés. En dehors de ces actes, ce sont eux qui nettoient la cour du centre et parfois désinfectent les puits du village. Aussi, les agents d'assainissements du district sanitaire de Torrock sont organisés ; leur groupe est composé d'un président, d'un secrétaire et d'un caissier.



Image 2. Ponbé Bonaventure, un agent d'assainissement désinfectant l'eau dans la bassin d'une vendeuse de *Bili*, © Oumar Abdelbanat, 2017

2. Les acteurs privés de soins

Dans la sous-préfecture de Torrock, les acteurs privés de soins, peuvent être classés en plusieurs catégories suivantes : les voyants, les tradipraticiens, les rebouteux, les cabinets biomédicaux de soin traditionnels, les pharmacies et vendeurs de médicaments, les infirmiers du quartier.

2.1. Les tradipraticiens, les voyants et les rebouteux

Les tradipraticiens sont des guérisseurs qui utilisent des moyens naturels, non reconnus par la biomédecine légale pour soigner leurs patients. Par exemple : les racines, les feuilles, les écorces, l'eau, les fruits... A Torrock, leurs dénominations sont variables. Ils sont couramment appelés les guérisseurs (traditionnels), les naturopathes ou encore tradipraticiens tels que reconnus officiellement.

Les maladies couramment soignées par les tradipraticiens sont entre autre : les maladies sexuellement transmissibles, l'hémorroïde, gastrite, hépatite, le diabète, le

paludisme, le rhumatisme, l'hépatite, la sinusite, la fièvre typhoïde, les kystes. On peut les classer en deux catégories : il y a ceux qui ne font pas partie de l'association des tradipraticiens et ceux qui en font partie. Les guérisseurs non-reconnus par l'association des tradipraticiens sont nombreux. Généralement ils sont reconnus par le chef de village ou la population, selon leur réputation. En dehors de leur travail quotidien certains d'entre eux pratiquent cette fonction d'une manière secondaire ou lorsqu'un patient s'adresse à eux. Alors que certains prétendent que le savoir leur est transmis par un être surnaturel ou par leur ascendant, d'autres, plus ou moins cultivés s'informent et lisent des documents de médecine traditionnelle⁴³. Pour ces soignants, il n'y a pas une tarification fixe et obligatoire pour les soins. Par contre, en ce qui concerne les voyants, ce sont des personnes extraordinaires, qui perçoivent ce qui est inaccessible au commun des mortels. Ainsi, dotés de pouvoirs mystiques ces derniers prétendent guérir l'empoisonnement, l'infertilité, la folie, l'épilepsie, la sorcellerie, la malédiction... Dans la sous-préfecture de Torrock, deux voyantes contactées dans le cadre de cette recherche, relatent leurs histoires. Tout d'abord, Madang Wellè, une voyante réputée de Torrock raconte l'histoire de son pouvoir de guérison en ces termes :

« Quand je suis née là, j'ai mis beaucoup d'années sans marcher dès que je commence à marcher, j'ai aussi commencé avec la voyance. C'était, il y'a plus de cents ans, jusqu'à ce jour, cinq chefs de village se sont déjà succédé. A l'époque de Gong Zouah de Torrock (vers 1950), j'ai déjà soigné plus de cinquante personnes affolées (...) A ma naissance je ne marchais pas jusqu'à l'âge de huit ans. C'est ainsi qu'un jour, en jouant avec les enfants au bord de la rivière, on m'avait poussé dans l'eau parce qu'aux yeux de tout le monde je suis une fille qui n'avait aucune valeur. Trois jours plus tard je suis sortie de la rivière avec un collier en fer au pied, et j'ai commencé à soigner les gens grâce aux esprits qui me donnaient des instructions⁴⁴».

Ensuite, c'est l'exemple de Malebe NDari, âgée de 70, une voyante, mère de sept enfants vivant à Gouin qui explique :

« J'ai démarré la voyance quand j'étais petite encore, ça fait 60 ans maintenant. J'étais restée pendant six ans sans marcher, ensuite quelque chose (un esprit) m'a parlé. J'ai dit à ma maman que, les choses me parlent que tu prends l'arachide, tu me donnes et c'est comme ça, je me suis levée pour prendre l'arachide et j'ai commencé à marcher et aussi à travailler. On m'a ensuite interdit de manger la viande. Les esprits là m'ont demandé de prendre le morceau de jarre avec le mil, c'est comme ça j'ai commencé à « voir ». Quand j'ai commencé là, les esprits m'ont dit si je vais commencer, je vais faire comme ça et comme ça. S'il s'agit de soigner quelqu'un même, ce sont eux (les esprits) qui me donnent des instructions. Quand je pars en brousse, les esprits là me

⁴³ Par exemple les agents du cabinet biomédical et Palouma Koboubou, un pasteur et guérisseur de Goïgoudoum qui m'a présenté un ouvrage de Dr. Hans-Martin Hirt et Bindanda M'Pia, La médecine naturelle tropicale).

⁴⁴ Entretien réalisé le 29 août 2017, entre l'auteur et la voyante, assisté de Ponba Tao, un ami qui m'aide dans la traduction

parlent, il faut chercher le gui de tel arbre, il faut faire comme ça pour donner au malade...⁴⁵ ».

Ainsi, ces deux récits mythiques, expliquent de quelle manière ces voyantes ont acquis leurs pouvoirs de guérison. On peut bien comprendre qu'il ne s'agit pas d'une compétence acquise au près d'une autre personne, ni d'un diplôme obtenu dans une école donnée, mais plutôt, les instructions reçues parfois en songe ou en éveil de la part d'un esprit, et qui consistent à chercher des produits thérapeutiques en brousse afin de soigner un malade. Les outils utilisés par ces voyantes pour leur travail sont entre autres : les colliers, les Calebasses, les morceaux de tiges, le mil... En contrepartie de leur service, ces voyantes n'exigent pas une somme d'argent fixe. Chaque malade paye selon sa capacité financière ou offre un cadeau à l'exemple d'une jarre ou d'un poulet. Parfois le patient est tenu de faire certains sacrifices de poulets, moutons ou bœuf. Quant à Madang Wellè, elle exige de raser ses patients traumatisés qu'elle soigne et donne les noms aux bébés qu'elle a fait naître, après avoir soigné leurs mères infertiles. Ces enfants-là, elle les considère comme ses propres enfants. A noter qu'elle n'a jamais enfanté, mais elle est capable de faire enfanter (soigner) les femmes et les hommes stériles.

Enfin, les rebouteux, sont des guérisseurs spécialisés pour souder les membres fracturés, faire du massage et soigner les luxations ou les plaies des patients. Il ressort des entretiens avec les rebouteux, qu'ils ont acquis leur savoir soit auprès d'un ascendant ou un autre maître avec qui ils ont travaillé. Leur technique de soin a progressivement évolué. Ils utilisent des tiges pointues (pour piquer les parties malades), les feuilles des plantes, la sève, les Calebasses, l'eau, les compresses et les produits pharmaceutiques antibiotiques. La rémunération des rebouteux est volontaire ; le patient peut payer proportionnellement à ses moyens. Aussi, le travail d'un rebouteux est généralement constitué d'une séance de massage qu'il pratique à ses patients.

Exemple : observation d'une séance de massage d'un patient par le rebouteux Mahouli Zah Siaka le dimanche 12/08/2017 à son domicile situé à Torrock.

A mon arrivée aux environs de 10h, j'ai très vite reconnu le patient avec qui j'ai eu un entretien lorsque j'étais dans le centre de santé où il travaille. Il a fallu qu'on attende pendant au moins dix minutes pour qu'enfin le guérisseur, arrive le bras armé d'une houe et des herbes thérapeutiques. Avant qu'il ne soigne son patient, il a tout d'abord massé sa voisine, venue d'urgence, se plaignant des douleurs à l'avant-bras gauche. Ce rebouteux soigne ses patients dans un petit enclos, situé dans un coin de sa concession qui lui sert de « salle de soin ». Ensuite, il prie son 2^{ème} patient de s'asseoir sur un tronc d'arbre, au sein du petit enclos. Le patient est resté torse nue car le massage devait être

⁴⁵ Entretien du 11 août 2017, entre l'auteur et la voyante, par l'intermédiaire de Mahmoud, un interprète de circonstance. L'entretien s'est déroulé au domicile de la voyante.

fait tout autour de sa côte gauche où il a eu un choc à la suite d'un accident à moto. Ensuite, l'un des enfants du guérisseur dépose à côté du malade un bol contenant de l'eau tiède, mélangée à un remède. Dès que le guérisseur arrive, il commence à tremper ses mains dans l'eau thérapeutique et masse avec vigueur les côtes de son patient. Après cinq minutes environ de massage, il prend au moins huit minces tiges d'environ trente à cinquante centimètres, dont les bouts taillés, sont pointus comme des aiguilles. Ces tiges sont attachées ensemble sous forme de balai. Il les saisit ensemble par ses deux mains et commence à piquer sur les parties endolories du patient, qui écarquille les yeux de douleurs. Il finit son travail après trois à quatre minutes puis, donne des instructions au patient de continuer le traitement à la maison après lui avoir donné des herbes, des tiges pointus et des remèdes en poudre dans un plastique. Jusqu'à leur départ je n'ai pas vu les deux patients payer leur soignant.



Image 3. Mahouli Zah Siaka, un rebouteux qui masse son patient à son domicile au village de Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017

2.2. Les infirmiers du quartier et le cabinet biomédical de soins traditionnels

Les infirmiers du quartier sont des diplômés en chômage ou d'autres personnes, qui se débrouillent à l'aide des petites pharmacies dans les villages et soignent les patients qui leur font recours. Selon les propos des professionnels de santé publique, ces derniers attirent de plus en plus des patients au détriment des dispensaires. Car, ils sont non seulement des proches parents du village mais sont facilement accessibles, puisque leurs services sont moins chers et ils acceptent de soigner à crédit. Ainsi, le champ de la santé est aussi un monde des affaires où les vendeurs de médicaments, les infirmiers du quartier et les centres de santé entrent en concurrence. Curieusement, c'est en cas d'aggravation de leur mal que les patients font recours aux centres de santé.

En outre, parmi les acteurs privés qui officient dans les soins à Torrock, existe un cabinet biomédical dénommé « Médecine Traditionnelle Africaine » (MTA), installé pour une période de six mois. Cependant, auprès de la population locale il est connu sous le terme de « médecine chinoise ». C'est une organisation complexe dont le siège se situe à Pala, mais

elle a des équipes déployées dans d'autres villages comme Lamé, Torrock... Elle détient une autorisation provisoire de fonctionner. Le cabinet est dirigé par un camerounais. Les autres agents sont des tchadiens et des camerounais. Certains ont suivi des formations en santé, d'autres se sont spécialisés en pharmacopée ou massage chinois. Dans le cadre de leur travail, ils font des rapports chaque fin de semaine à leur siège et sont payés au prorata de leur rendement. Les maladies que ce cabinet prétend guérir sont entre autre : l'hémorroïde, l'hypertension, les maladies sexuellement transmissibles, la fièvre typhoïde, l'hépatite, le diabète, le rhumatisme, les fibromes, les kystes, la faiblesse sexuelle, le paludisme.

En réalité l'appellation Médecine Traditionnelle Africaine n'est pas appropriée puisque les agents de ce cabinet utilisent des technologies de pointe que le district de Torrock ne dispose pas encore. Il s'agit d'un scanner *quantum* et d'un ordinateur qui détectent les symptômes et les maladies des patients en contact avec cet appareil. Les médicaments vendus sont d'origine chinoise, africaine et même occidentale. Ces médicaments sont transités par le Cameroun pour être acheminés au Tchad. Leur patron souligne que, ce qui fait leur particularité, c'est qu'ils sont à cheval entre la médecine conventionnelle et la médecine traditionnelle. Certains patients contactés se plaignent de la cherté de ces médicaments dont le moins cher coûte environ 10 000 FCFA. Ce cabinet est logé dans un bâtiment loué et situé à 500 mètres environ, au nord-ouest du marché de Torrock. La prise en charge commence par la réception qui se fait dans une salle d'accueil où une jeune dame (recrutée localement), propose au patient un carnet dans lequel, elle prélevé le nom, l'âge, la température, le poids avant de l'orienter vers un « docteur », habillé en blouse blanche, pour la consultation au prix de 1000 FCFA. A ce stade, le patient tient en sa main un câble relié à un scanner *quantum*, aussi relié à un ordinateur, qui affiche les différents diagnostics et les maladies dont souffre le patient. Il s'en suit une ordonnance établie par le « docteur ». A côté de lui se trouve une petite pharmacie où les patients consultés peuvent y acheter des produits. Par ailleurs, pour faire la publicité de ses soins, le cabinet emploie le même crieur public que le centre de santé urbain de Torrock, qui fait des affiches sur les places publiques et se déplace souvent dans les marchés hebdomadaires pour sensibiliser la population. Le mégaphone est loué à 500 FCFA pour chaque journée de prestation. Puis c'est le cabinet qui achète les piles et paye le déplacement du sensibilisateur.

2.3. Les pharmaciens et vendeurs informels de médicaments

Tout à côté des acteurs soignants du secteur public, il se prolifère de plus en plus des petites pharmacies privées et des vendeurs de médicaments. Hormis un pharmacien du marché

de Torrock qui m'a montré ses papiers légaux, la plupart des vendeurs de médicaments, n'ont pas à vrai dire une autorisation légale. Comme les marchandises courantes, les médicaments sont vendus à même le sol dans les marchés, dans les boutiques ou encore dans les petites caisses mobiles.

Les vendeurs de médicaments communément appelés « *docteur tchoukou* » peuvent être classés en deux catégories. Il y a les gros vendeurs possédant de gigantesques stocks de produits pharmaceutiques, acheminés dans les marchés hebdomadaires et ravitaillant parfois les centres de santé en rupture de médicaments. Ces vendeurs sont des anciens dans ce domaine et connaissent parfaitement les réseaux de trafic de ces médicaments dont l'origine est généralement située à N'Djamena. Ce sont soit des diplômés en santé (ou autres spécialisation) sans emplois, ou des commerçants spécialisés dans la vente des médicaments (cf. annexe).

Quant aux petits vendeurs de médicaments ce sont des jeunes garçons (parfois des mineurs) ou des adultes qui viennent de commencer dans la vente des médicaments. Ceux-là, sont ravitaillés par les gros vendeurs qui sont parfois leurs proches parents ou leurs « patrons ». A noter qu'il arrive bien souvent que les gros vendeurs emploient les petits vendeurs, juste pour chercher des clients dans les petits marchés hebdomadaires périphériques ; en retour, ils sont payés par rapport aux bénéfices de ventes effectués. Les petits vendeurs sont souvent des commerçants ambulants des médicaments génériques tels que le *paracetamol*, la *quinine*, les *flagiles*, l'*arthemeter*... soignant les maux de tête, de ventre, le paludisme... Certains pharmaciens, gros vendeurs et petits vendeurs sont capables de prescrire de médicaments aux patients en fonction de leurs maux et faire des injections et des pansements. Leurs patients les apprécient parce que leurs produits sont moins chers et parfois, ils leur accordent des crédits. Pourtant les professionnels de santé interdisent le recours à ces vendeurs non-qualifiés pour faire des soins.

2.4. Les religieux

Au-delà de leur rôle primordial de guides spirituels des fidèles dans les religions telles que le christianisme et l'islam, les religieux à savoir, les prêtres, les pasteurs, les marabouts et les imams sont des véritables docteurs spirituels pour leurs fidèles. Ces acteurs se fondent sur les valeurs et dogmes religieux pour venir en aide à leurs fidèles en utilisant les moyens comme la prière, les rituels, les incantations et des livres et objet pieux la bible, le coran, le chapelet, la croix... Les religieux vivant à Torrock et Goïgoudoum contactés par cette recherche sont par exemple : l'imam de Torrock Aboubakar Mahamat admet être venu

en aide aux fidèles endeuillés, par les prières et les assistances financières. Le curé de la paroisse de Torrock, le Père Jean Berchmans souligne qu'il œuvre pour la santé morale et spirituels de ses fidèles par l'encadrement des jeunes, les conseils la catéchèse et les prières, alors que le Pasteur Palouma Koboubou de l'Eglise Fraternelle Luthérienne reconnaît avoir contribué à délivrer un de ses fidèles d'une secte satanique. C'est ainsi qu'il raconte :

« Par exemple à Bishimafou, on avait eu quelqu'un qui était possédé d'un esprit mauvais, on a dû inviter les anciens pour voir comment on peut se procéder pour l'aider. On a convoqué la réunion, et la réunion a décidé qu'on vienne prier avec lui et non seulement ce jour la prière n'est pas unique, à chaque fois que nous rentrons que ça soit dans nos murs, que ce soit à l'église, nous pouvons prier pour le monsieur régulièrement. Et jusqu'aujourd'hui, le monsieur s'est rétabli. C'est quelqu'un qui... avait la magie et il est membre de notre église. C'est (pendant) l'année 1992/1993, on a du prier et jusqu'aujourd'hui la personne s'est rétablie. Il avait présenté les objets qu'il avait pris, les dessins, les bagues et autres, les photos les images qu'il possédait. Après quoi on a ramassé et jeté. C'est la magie noire⁴⁶ ».

Les propos du Pasteur montrent donc que les fidèles peuvent faire recours à leurs guides religieux lorsqu'ils se sentent menacés par un esprit démoniaque. Dans ce cas précis, le patient trouve finalement guérison spirituelle grâce aux prières de leurs pasteurs.

Conclusion

Le système de soins de Torrock, montre un foisonnement d'acteurs qui œuvrent pour la guérison des patients. Tout d'abord, le district sanitaire de Torrock qui se compose de huit centres de santé repartis dans les trois cantons (Gouin, Torrock, et Goïgoudoum), auquel il conviendrait d'ajouter la PRAMK. Ensuite, les soignants du privé constitués d'un cabinet biomédical de soins traditionnel, des pharmacies, des infirmiers du quartier, des vendeurs de médicament, des voyants, rebouteux, des religieux et d'autres guérisseurs qui contribuent aussi à soigner la population locale.

Par conséquent, cette recherche adhère à l'approche *structure-agencéité* promue par certains auteurs. Par exemple Olivier de Sardan (1995 : 39-40), souligne que « *la perspective interactionniste ici défendue entend combiner analyse des contraintes et stratégies des acteurs, pesanteurs structurelles et dynamiques individuelles ou collectives* » et Van Dijk, de Bruijn et Gewal, (2007) insistent dans leur ouvrage collectif, sur la capacité de créativité des acteurs dans un milieu contraignant. Ainsi, je constate que dans la sous-préfecture de Torrock, les acteurs soignants sont en interaction constante entre eux-mêmes : les soignants du public

⁴⁶ Entretien réalisé par l'auteur le 17 août 2017 au domicile du participant au village de Goïgoudoum

et du privé se regardent comme des concurrents mais parfois comme des collaborateurs⁴⁷ et s'efforcent de travailler dans un environnement socioéconomique contraignant. Tout d'abord, le contexte rural de Torrock est profondément lié à la situation socioéconomique du Tchad qui se caractérise par la pauvreté, le manque des infrastructures socio-sanitaires, le chômage... C'est pourquoi, la situation socio-sanitaire des zones rurales à l'image de Torrock se trouve être l'une des plus isolées, défavorisées et en proie aux maladies. A noter que Torrock se situe à 42 km de Pala et 32 km de Fianga où se trouvent des hôpitaux régionaux. En saison des pluies l'état de la route est tellement dégradé qu'un véhicule pourrait y passer plus de deux heures avant d'atteindre ces villes. Bien que le téléphone soit utilisé, son accès est limité chez les femmes et, il n'existe pas encore de radio communautaire locale (cf. infra chapitre 5). Aussi, dans ce district sanitaire dont la population est estimée à 50 000 habitants, il n'y a qu'un seul médecin et huit agents de santé pris en charge par l'Etat. Tous les autres agents des centres de santé sont des contractuels communautaires et des stagiaires n'ayant pas une forte expérience professionnelle. Dans le secteur privé de la santé, il n'existe aucune ONG, aucune clinique, mais rien que deux centres de santé confessionnels, appuyés par le ministère de la santé. Par exemple, au moment où cette recherche se déroule, le district manque cruellement des ressources humaines (il manque de sage –femme diplômé d'Etat, des agents chargé de ressources et de programmation, ainsi que des laborantins dans les centres de santé de Zamagouin, Gouin et Goïgoudoum) et des ressources matérielles (l'unique ambulance ayant connu un accident n'est pas fonctionnel, il manque aussi des salles d'observations, des matérielles d'opération chirurgicale). De même dans la sous-préfecture de Torrock, le nombre des infirmiers ou agents techniques de santé diplômés sans emploi est en augmentation. Les écoles de santé de Pala et Léré forment de plus en plus des jeunes, mais ces derniers, se confrontant aux difficultés d'insertion socio-professionnelle, préfèrent se débrouiller dans les villages en vendant des médicaments ou offrant des soins médicaux informels aux villageois.

En outre, convient-il de souligner que la prévalence des maladies, les actions des populations locales et des acteurs soignants sont informées par le milieu naturel et les habitudes. Dans ce sens, le milieu naturel de Torrock est traversé des fleuves coulant en permanence pendant les saisons des pluies et des vastes champs agricoles propices aux prévalences des maladies hydriques à l'exemple du paludisme, de la bilharziose, de la fièvre

⁴⁷ Au cours de mes entretiens, j'ai constaté que les infirmiers des centres de santé expliquent la baisse des fréquentations de ces centres par la prolifération des soignants informels ; alors que j'ai constaté que ces derniers collaborent aussi lorsque par exemple les centres de santé font recours aux rebouteux quand un accidenté, aux membres fracturés se présentent à eux ou lorsque ces derniers en rupture de médicaments, achètent leurs produits auprès des vendeurs de médicaments.

typhoïde, de la grippe, des infections respiratoires, des vers intestinaux, du choléra, de la diarrhée. L'accès à l'eau potable est difficile. Par conséquent, pour la plupart des agriculteurs, les enfants et les pêcheurs l'eau stagnante des fleuves n'est pas perçue comme une source potentielle des maladies, mais comme une source d'eau consommable. Cela fait de cette zone, propice à l'agriculture et surtout à la riziculture faite dans des endroits où l'eau stagnante est abondante. Ainsi, considérant l'eau de pluie et des rivières comme une source vitale, l'agriculteur est loin de s'en méfier ou de prendre des mesures de précaution, car l'agriculture est pratiquée de façon rudimentaire. Dans un tel contexte, sous l'angle de l'approche structure-agencéité qui se focalisent sur les interactions entre l'acteur et les contraintes de sa société les soignants aussi bien du secteur public que du secteur privé ainsi que toute la population locale exercent leurs activités dans la limite des contraintes et des opportunités que leur offre leur milieu ; alors que ces derniers s'adaptent et transforment aussi leurs milieux autant qu'ils le peuvent, pour survivre. Dans ce milieu rural austère, un villageois ou un agent de santé est obligé de s'adapter à son milieu de vie pour survivre aux contraintes quotidiennes, dans la limite de sa marge de manœuvres. C'est donc face à ces contraintes quotidiennes que les acteurs publics et privés de soins à l'exemple des agents du district sanitaire, des infirmiers du quartier, de la voyante Madang Wellè, du rebouteux Mahouli Zah Siaka ou du naturopathe Mohamed Fekou se débrouillent autant qu'ils peuvent, non seulement pour résoudre les problèmes de maladies récurrentes, mais aussi pour nourrir leurs familles grâce à leur travail. Enfin, on se pose la question de savoir quel rapport existe entre le système sanitaire et la population locale ?

CHAPITRE 3. LES RAPPORTS DU PERSONNEL SOIGNANT AVEC LA POPULATION LOCALE

Introduction

Alors que je venais d'arriver à Torrock, je me posais mille et une questions sur les rapports qu'entretiennent les centres de santé et la population locale. Ce jour-là, j'étais frappé de surprise lorsque le MCD Gonodji Tebret me dit que:

« Le COSAN, c'est un comité de santé. En fait c'est des gens qui viennent de la communauté, n'est-ce pas, qui aident à faire fonctionner les centres de santé. Donc ils assurent par exemple l'interface entre la population et le centre de santé. Il doit y avoir normalement le COSAN et le comité de gestion. Le comité de gestion c'est en quelque sorte l'organe de gestion des centres de santé. C'est eux qui gèrent les finances. Les comités de santé, c'est juste des activités de sensibilisation, de mobilisation sociale. C'est le COSAN qui désigne le COGES. (Le processus d'élection), c'est après une assemblée générale, le COSAN sortant fait son bilan. Normalement le mandat c'est deux ans maximum. Ici chez nous par exemple (district sanitaire), tous les centres de santé, c'est en décembre dernier (2016), qu'on a renouvelé tous les bureaux ; et la plupart c'est des bureaux qui sont pour la plupart depuis cinq ans, six ans, y'en a qui sont en place depuis dix ans ...⁴⁸»

Alors, je finis par comprendre qu'il existe toute une structure « parlementaire » servant d'intermédiaire avec les communautés locales. Par curiosité lorsque je cherchais l'origine normative des comités de santé, il se trouve qu'ils sont consacrés non seulement par le décret portant organisation du ministère de la santé mais aussi par la fameuse déclaration d'Alma Ata de 1978, sous l'égide de l'OMS. Mais, au-delà de ces aspects officiels et normatifs, ce chapitre s'interroge sur les manifestations concrètes des relations entre les soignants en général (agents du district sanitaire, guérisseurs, vendeurs de médicaments, infirmiers du quartier...) et les différentes catégories de la population (patients, pouvoirs locaux, religieux...). Après avoir expliqué comment les différents types d'acteurs officient dans la santé à Torrock, le but essentiel de ce chapitre est de faire une analyse méticuleuse de rapports du système sanitaire avec la population locale. Pour atteindre cet objectif, les articulations suivantes seront abordées : les comités de santé comme représentants de la population dans les centres de santé ; les rapports soignants/soignés; les rapports du système sanitaire avec les pouvoirs locaux : entre tension et coopération ; les rapports avec les religieux et les

⁴⁸ Entretien réalisé par l'auteur le 5 juillet 2017 au district sanitaire de Torrock.

éducateurs. Sur la base de ces articulations, tout en m'inscrivant du point de vue de l'anthropologie politique de la santé (Fassin, 1992 ; de Sardan, 2006), je cherche à démontrer que la santé est une arène politique où se confrontent différents acteurs.

1. Des comités de santé (COSAN) comme représentants de la population dans la gestion des centres de santé

Après avoir souligné l'organisation des COSAN, quelques difficultés du fonctionnement de ces structures seront abordées.

1.1. L'organisation des COSAN

Les COSAN et les COGES, sont des organes constitués des représentants des populations locales, et associés au bon fonctionnement des centres de santé. Les activités de ces comités rentrent dans le cadre de la participation communautaire dans les centres de santé. Le terme participation communautaire renvoie à des dispositions accordant aux membres de la communauté ou aux organisations dont ils font partie (coopératives, groupes confessionnels, association des parents...) un rôle actif dans la promotion de la santé (OMS, 1981 : 36). La légitimation de ces comités tire sa source de la Déclaration d'Alma Ata du 12 septembre 1978, sous l'égide de l'OMS, soulignant en son article 4 que « *Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* ». Ainsi, l'esprit de cette déclaration consiste à démocratiser la gestion des dispensaires publics dans les zones rurales en impliquant et responsabilisant davantage les représentants des communautés dans la santé publique. Les approches allant dans ce sens soulignent que :

« les communautés peuvent contribuer à pallier le manque des ressources (...) On peut donc demander aux communautés de prendre en charge une partie du coût des améliorations sanitaires en fournissant de la main d'œuvre, des matériaux ou de l'argent et aux membres de la communauté de participer à titre bénévole ou à temps partiel à la défense de leur propre santé » (OMS, *ibid.*).

Ces vœux pieux de l'OMS sont aussi adoptés dans les textes juridiques nationaux à savoir, le décret portant organisation du ministère de la santé publique.

Concrètement, pour faire partie du comité de santé, une assemblée générale de la population est organisée sous la supervision du MCD, en vue d'«élire les membres du bureau. L'élection des membres du comité de santé se fait par les villageois réunis. C'est à l'issue de cette assemblée générale que chaque village de la zone de responsabilité du centre de santé choisit deux représentants qui feront partie du comité de santé et en même temps élit le

président du COSAN. Par exemple, les membres du COSAN du centre santé urbain de Torrock comprennent : un président, un vice-président, deux trésoriers, deux secrétaires et deux commissaires aux comptes. Ils sont élus pour trois ans renouvelables une fois. Ces membres sont des bénévoles, ils ne sont pas rémunérés, mais les caissiers sont des salariés contractuels. Toutefois, pendant leurs réunions de travail, les membres du COSAN bénéficient d'une somme forfaitaire. A leur tour, les membres du COSAN, élisent parmi eux ceux qui feront partie du comité de gestion (COGES) dont le rôle principal est la gestion financière et matérielle du centre de santé. En accords avec les responsables des centres de santé et le MCD, le comité de gestion fait aussi achète des médicaments auprès de la PRAMK. Ainsi, dans le centre de santé urbain de Torrock, les caissiers (partie intégrante du COGES) font des rapports financiers chaque deux jours au COSAN ; tandis que ces derniers organisent des réunions mensuelles dans lesquelles ils invitent la population et les autorités traditionnelles pour leur rendre compte de leur travail et des problèmes du centre.

1.2. Les difficultés de fonctionnement des COSAN

Le COSAN est un cadre où la population, participe à la gestion sanitaire. Toutefois quelques difficultés persistent. De prime abord, bien que les membres soient élus par la communauté, ils ont besoin d'une formation en management et gestion de la santé. Car, selon les observations de terrain et les entretiens que j'ai eus avec certains responsables de santé, il subsiste parfois des mécontentes entre ces derniers et les membres du COSAN, sur la gestion des revenus du centre pour l'achat des matériels élémentaires dans les dispensaires (nattes, balai, gobelets, jarre...). Les activités des dispensaires sont réduites à la routine (rapport mensuel, nettoyage...) alors qu'il manque d'innovation pour améliorer le sens de l'accueil des centres de santé. Les membres élus de ces comités doivent être capables de prendre des mesures concrètes pour résorber certains problèmes de leur dispensaire, du ressort de leur compétence plutôt que de tenir toujours des discours misérabilistes. Certains d'entre eux s'éternisent dans ces comités si bien qu'ils finissent par faire carrière et devenir soignants ou aides-soignants dans leurs dispensaires, alors que dans les villages, ils sont nombreux les diplômés sans emplois. De plus, les femmes sont sous représentées dans les COSAN alors qu'elles méritent bien d'être responsabilisées dans ces comités. Si malgré tout, les COSAN jouent un rôle important dans la gestion des centres de santé, les rapports entre les soignants et les patients nécessitent une analyse minutieuse.

2. Analyse des rapports entre les soignants et les patients

Dans les rapports entre les structures sanitaires et les patients, les éléments suivants fournissent une grille d'analyse pertinente : la question de l'hospitalité ; les attitudes des patients ; les inégalités de genre et les différences entre riches et pauvres.

2.1. L'hospitalité des centres de soins : l'état des structures de soins et les comportements des soignants envers les soignés

Le sens de l'hospitalité dans un établissement de soins est si fondamental qu'il existe une locution verbale qui caricature cet état de fait en ces termes « *c'est l'hôpital qui se moque de la charité* », pour signifier que « *ceux qui sont en piteux état trouvent encore moyen de rire ou de mépriser les autres* ». Mais en réalité un centre de soins ne devrait pas se moquer de la charité ! C'est dans cette optique que certaines études se sont intéressées à cette question de l'hospitalité des établissements de soins en Afrique de l'ouest (Jaffré et Olivier de Sardan (*dir.*), 2003). Ces auteurs ont analysé le comportement inhospitalier du personnel soignant dans les centres de soin de Dakar, Abidjan, Conakry, Bamako et Niamey. Ces derniers ont souligné quelques écarts de comportement tels que : la mauvaise qualité de l'accueil et des soins, les pratiques contraires aux normes et à la déontologie, le non-respect des horaires (*id.* pp. 127-131). Dans les zones rurales de Torrock, pour faire l'analyse du sens de l'hospitalité, deux angles de vue sont nécessaires.

Tout d'abord, concernant les structures sanitaires publiques, il est frappant de constater que les mesures élémentaires d'hygiène et d'accueil des patients font défaut. Le district sanitaire et la plupart des centres de santé n'ont pas de robinets dans leurs cours, mais rien que des forages de puits⁴⁹. De plus ces structures n'ont pas des jarres ou des réserves d'eau potable pour les patients. Les centres de santé se confrontent au manque des salles d'observations, des hangars et des nattes pour l'accueil des patients dont les familles se débrouillent par elles-mêmes pour offrir un cadre décent à leurs malades. Bien que les membres du COSAN, les agents de santé et d'assainissement s'efforcent pour rendre propre les dispensaires, ces mesures ne sont pas suffisantes et organisées car en saison des pluies les cours de certains centres sont en partie envahies par les herbes (district sanitaire de Torrock, centre de santé de Goïgoudoum, de Balani, Mabassiackré, Zamagouin). Tous les centres de santé du district ne sont pas clôturés ; les animaux et les passants peuvent facilement les

⁴⁹ Les centres de santé de Gouin et de Mbibou disposent des robinets et châteaux d'eau.

traverser ou voler. Finalement on s'interroge si les centres de santé se limitent seulement aux salles de soins et de consultations ; pourtant la cour en fait partie.

Pendant la nuit la plupart de ces centres baignent dans l'obscurité. Ils utilisent des lampes à piles et rarement l'électricité puisqu'ils n'en ont pas à l'exception du district sanitaire qui a un panneau solaire (utilisé pour la conservation des vaccins), un groupe électrogène (utilisé rarement pendant la nuit en cas d'urgence.) et le centre de santé de Gouin qui a un panneau solaire assez puissant pour alimenter les ampoules et le réfrigérateur. Contrairement aux constats de l'année passée, tous les autres centres de santé ont au moins un panneau solaire utilisé bien plus pour la conservation des vaccins au réfrigérateur.



Image 4. Prise en charge d'un malade par un soignant sous un hangar de fortune au centre de santé de Goïgoudoum, Oumar Abdelbanat, 2017.

Quant aux structures de soins privés les cadres d'accueil reflètent les conditions de vie villageoises et varient du type de soins. Tout d'abord, la structure d'accueil du cabinet biomédical de soin traditionnel ressemble davantage aux centres de santé locaux. Logé dans un bâtiment loué (une salle de réception, de consultation et un dortoir pour les agents de santé, ce cabinet se confronte aussi au manque d'eau potable pour les patients. La petite cour non-clôturée du cabinet côtoient les herbes, le sorgho et le maïs semés tout autour de la concession.

De plus, les autres thérapeutes comme les voyants et les rebouteux leurs perceptions de l'hygiène relève d'une perception différente mais parfois influencée par la médecine officielle. Par exemple, les entrevues que j'ai eues avec trois voyantes dont deux habitant à Torrock (Marpuli Payang et Madang Wellè) et l'une à Gouin (Malebé Ndari) m'ont fait comprendre que si dans l'apparence le cadre d'accueil d'un voyant est conforme au milieu

traditionnel, la structure de la consultation relève davantage du symbolique et du mysticisme. Aussi, les consultations sont faites dans une vieille case séparée des autres ; tout autour de la concession on peut y voir des tiges de mil ou de maïs, des greniers, des canaris cassés ou en bon état (ce sont parfois des dons des patients guéris par la voyante). A l'accueil le patient est prié d'entrer dans la case de consultation ou de petits tabourets lui sont présentés pour s'asseoir. Dans la case, le respect est de rigueur. Les objets symboliques utilisés par ces voyantes sont entre des colliers en fer ou en argent, des balais, des cauris, des calebasses, des guis⁵⁰, des racines, des oignons sauvages, des potions magiques qui relèvent du secret des soignantes et conservés par ces dernières parfois pendant plusieurs décennies. Les voyantes disent que ces objets qu'elles utilisent leur sont offerts par les esprits. Ces objets leur permettent aussi de communiquer avec ces esprits. Dans ce cadre, la logique de l'hygiène biomédicale n'est pas du tout appropriée pour décrire une telle structure symbolique d'accueil. Concernant le cadre d'accueil des rebouteux que j'ai rencontrés, il se situe dans la concession, soit à l'ombre d'un arbre ou sous un hangar. Les patients s'assoient sur des troncs d'arbres et des petits tabourets. J'ai assisté au soin d'un accidenté où sont utilisés à la fois de l'eau chaude et du javel pour laver la blessure du patient, un insecticide pour chasser les mouches, des feuilles médicinales, des écorces, de la pommade, des planches et de la bande pour traiter, masser et envelopper le pied blessé et fracturé du malade. Lorsque je me suis renseigné, il m'a été dit que ce malade transféré depuis N'Djamena dans un état critique montre de plus en plus une amélioration dans son traitement auprès du rebouteux célèbre qu'est Blam Watou. A noter que ce malade prend aussi des médicaments et injections biomédicaux qui lui sont prescrits et administrés par un infirmier. Dans cette condition, il est clair qu'il y'a un mélange des produits traditionnels et pharmaceutiques pour soigner le malade.

Ensuite, concernant les comportements des soignants, selon les observations de terrain, il existe en pratique quelques écarts par rapport à la formation médicale acquise qu'il faut souligner. Par exemple les absences aux heures de travail et de permanence ; l'oubli du port de la blouse et des gangs pendant les soins ; les difficultés de gestion des produits pharmaceutiques et parfois les confusions des rôles (un aide-soignant est en même temps agent vaccinateur et peut faire des consultations). Toutefois, selon mes constats, l'accueil des patients par les agents de santé n'est pas si violent et « inhospitalier » comme l'ont remarqué

⁵⁰ Plante à feuillage de la famille des loranthacées, couvertes des baies blanches et qui parasite les arbres

Jaffré et Olivier de Sardan (2003) dans leur étude en Afrique de l'ouest, mais relève bien plus de la compassion et de la solidarité familiale. Dans ces zones rurales où presque toutes les familles des patients se connaissent avec les agents de santé, l'accueil est chaleureux et familiale, souvent fait en langue locale. Lorsque le patient ou sa famille n'y comprend pas, les soignants font des efforts pour leur expliquer davantage les consignes à faire. Il arrive même que les soignants viennent en aide aux patients indigents en leur fournissant les premiers soins gratuits ou à crédits et leur prêtant leur engins pour les courses. C'est le cas de Sanda Seriabé qui a rendu service à un patient une nuit, alors qu'il est de garde. C'était une nuit de 2 juillet 2017 autour de 19 heures, lorsque je suis passé le trouver au centre de santé urbain de Torrock pour échanger avec lui et comprendre les activités des agents de santé pendant la nuit. De façon brusque dans les causeries, un jeune homme arrive à vélo et freine tout à côté de nous. Il s'entretient avec Sanda en langue moundang, puis se dirige en direction de Goïgoudoum, un village situé à 7 km environ de Torrock. Lorsque je lui ai demandé de savoir si c'est un cas d'urgence, il me répond :

« ...Même pas ! Vraiment les enfants de maintenant là ! Tu vois sa femme a emmené un enfant à l'hôpital ici. On a traité, le carnet est retenu à la pharmacie, et les femmes, elles sont loin quoi, elles sont à Goïgoudoum là-bas. Bon pour rentrer et revenir demain là, la femme dit bon si c'est comme ça là, elle va aller passer la nuit chez son oncle à Maka (village situé au nord juste après Torrock). Maintenant son mari est arrivé dans la soirée et il demandait sa femme. Je lui ai dit bon la femme-là, elle a fait Maka, chez quelqu'un d'autre comme ça, je ne sais pas si vous le connaissez. Il a dit ça serait chez tel monsieur. Bon il voulait partir à pieds. Je dis bon, si c'est ça comme j'ai ma bicyclette là, tu prends pour aller voir le malade là c'est mieux. Si tu rentres sans les visiter là, c'est pas bon. Hum, il est parti visiter l'autre... le malade, il revient, il me demande encore la bicyclette pour rentrer et revenir, ça là ! tchié vraiment ça ! Comment répondre ? (Finalement) il n'a qu'à aller et revenir (avec mon vélo) son état n'est pas grave, seulement il rentre parce que le carnet est maintenu... hein manque d'argent ! Quelle idée il a trouvé pour venir derrière sa femme sans quelque chose là, il devrait prendre quelque chose. »

Cet acte généreux posé par Sanda malgré lui, montre l'amabilité des soignants envers les familles des patients. Car non seulement le malade est soigné à crédit (cf. infra), mais en plus constatant que le père de l'enfant allait rentrer, ce dernier lui prête sa propre bicyclette pour aller voir son fils malade, ensuite rentrer à la maison et revenir. Le patient n'est pas un proche parent de Sanda, même s'il est aussi Moundang. Dans ce cas précis, on est même tenté de dire que les parents des malades en abusent !

En outre, pendant les jours de marché, lorsque les patients sont nombreux au centre de santé, les consultations se font soit par ordre d'arrivée ou soit selon la gravité de l'état du malade. Même si le favoritisme existe il est de plus en plus subtil et rare. J'ai rencontré des

agents de santé qui affirment qu'il leur est arrivé de prendre en charge les médicaments des proches parents ou de garantir leur endettement. Débalbé Emmanuel, le laborantin du centre de santé de Mabassiackré m'explique cette faveur accordée aux proches parents des agents de santé en ces termes : « *on va le (le patient proche parent) servir mais, il va revenir ou bien c'est toi (l'agent proche parent du malade) qui prends garant ! Tu prends garant, à la fin du mois, s'il ne vient pas vite, c'est toi qui va payer ça*⁵¹ ». Mais une telle faveur dépend du bon vouloir de l'agent de santé et de son lien parental avec le malade.

Du côté des infirmiers du quartier, des voyants et des rebouteux leur hospitalité est à l'image de l'accueil chaleureux du village. Le respect, l'empathie et la courtoisie règne entre les soignants et les patients. Alors que les infirmiers du quartier soignent moins cher et parfois à crédit ; le paiement des soins des voyants et des rebouteux dépend de la capacité financière du patient.

2.2. Attitudes des malades face au service hospitalier local

En général, les comportements des malades varient en fonction de leurs maladies et de leur statut socioprofessionnel. Lorsque l'état du malade n'est pas perçu comme étant grave, la priorité est accordée aux racines thérapeutiques, à l'auto-médication, aux infirmiers du quartier par rapport au centre de santé. Par exemple, l'itinéraire thérapeutique d'un élève malade arrivé crispé au centre de santé urbain de Torrock explique mieux cela :

Le 19/03/2016 un élève en classe de terminale arrive au centre de santé en marchant clopin-clopat. Il se plaint des douleurs au bas ventre depuis deux heures du matin. Il me disait que dès qu'il se sentait mal, il avait d'abord pris les racines amères de *irreame* (jubier). Puisque son état ne s'améliore pas, il a pris les comprimés génériques (*flagil*). S'il se présente ce matin au centre, c'est parce que la douleur persiste. L'examen de son urine en ma présence montre les germes de *schistosoma haematobium*, des cristaux et de trypanosomiase et des cellules épithéliales. L'infirmier-majeur lui prescrit entre autre, du *praziquantel*. Le lendemain je l'ai rencontré tout content à l'Eglise me disant qu'il se sent désormais en bonne santé. Lorsque je lui ai posé la question de savoir pourquoi les racines ne l'ont pas guéri, il me répond que c'est tout simplement parce qu'il est négligent, car il n'a pas pu aller en brousse recueillir toutes les racines qu'on lui a indiquées.

Dans un contexte où existe le « pluralisme médical », cette attitude se justifie par le fait que lorsque le mal est perçu comme moins grave, d'une part certaines personnes préfèrent essayer d'abord les vertus des racines⁵² ou consulter les infirmiers du quartier qui sont facilement accessibles et moins chers. D'autre part, beaucoup de personnes pensent que les

⁵¹ Extrait de l'entretien réalisé par l'auteur au centre de santé de Mabassiackré le 26 juillet 2017.

⁵² Ces racines sont soit connus par le malade ou sa famille, soit indiquées ou offertes par un guérisseur.

centres de santé sont trop chers pour y recourir si vite alors qu'on peut facilement se soigner du palu en avalant des médicaments génériques vendus au marché. Aussi, les accouchements des femmes se font souvent à la maison, assistés par les matrones. On vient aux centres de santé qu'après les accouchements ou en cas de complication pour les soins. Dans ces cas, bien souvent c'est la décision du mari qui prévaut en cas de manque d'argent. Comme le souligne Madjouma Palaye une jeune matrone du centre de santé de Mabassiackré :

« Les difficultés que je rencontre ici là, par rapport, les femmes là, je peux dire il comprend quand même les visites là, ils viennent beaucoup comme ça, mais les accouchements là, ils ne viennent pas. Hum cette question-là se pose beaucoup. Certaines femmes je dis pourquoi vous ne venez pas ici là. Parfois la faute là revient à leurs maris qui ne veulent pas qu'ils viennent accoucher ici. Il dit les gens disent que accouchement là, c'est gratuit. Pourquoi ici là, quand il vient ils accouchent là et tu prescrites les médicaments pour la prévention là, ils disent que c'est cher (1500 FCFA). Je dis ça là, c'est votre santé, ça là c'est la prévention hum⁵³ »

Dans un focus group organisé à Gouin le 19 juillet 2017⁵⁴ sur le thème principal : comment la population se comporte face à un cas de maladie, les opinions divergentes sont les suivantes :

Tebaya Massing (femme trentenaire au foyer) affirme :

« ... Oui on souffre de palu. Tout le monde réagit de manière différente. Tu peux trouver quelqu'un, ça dépend de ses moyens aussi, il peut avoir un 200 f, un 300f, pour venir à l'hôpital c'est un peu difficile, il est obligé d'acheter les comprimés à la maison pour soulager le malade. Alors un ou deux jours plus tard, la maladie s'aggrave encore de plus, chez certains aussi, dès qu'ils souffrent du palu là, directement ils font directement recours au centre de santé pour faire les soins, ils ont les moyens »

Quant à Djobdi Dama, un cultivateur :

« Quand on est malade là, il faut directement aller à l'hôpital pour se faire soigner, le fait d'aller au quartier chercher les comprimés par ci par là, ça aggrave la situation et ça devient vraiment compliqué à la suite, de fois ça fait des dépenses. C'est pas la peine de se soigner à la maison sans aller au centre de santé là »

Enfin, Odile Nemerté, une femme au foyer dit :

« On fait recours au produit traditionnel. On a l'habitude de faire les feuilles d'arbre, les écorces et les racines pour donner aux enfants ou bien à celui qui est malade. Si ça tient, de fois on laisse aussi. Si ça ne tient pas là, on est aussi obligé de venir au centre de santé pour se faire soigner. »

⁵³ Entretien réalisé par l'auteur en date du 26 juillet 2017 au centre de santé de Zamagouin.

⁵⁴ C'est un focus group de 15 personnes dont 10 femmes et 5 hommes. L'âge des participants varie entre 22 à 45 ans. Concernant leurs statuts socioprofessionnels, ce sont tous des cultivateurs, enseignants, relais communautaires, agent d'assainissement, élève. Ce sont tous des pères et mères de famille, à l'exception d'une élève. Six d'entre eux sont instruits et comprennent le français. L'interprétation en Moundang t français est assurée par Faba Pahimi, un enseignant de Léré en vacance à Torrock.

Ces différentes opinions expliquent donc que les villageois sont obligés de faire recours à l'auto-médication et aux racines avant les centres de santé à cause de la pauvreté même s'il existe quelques rares qui font exception.



Image 5. Focus group organisé sous un figuier au village de Gouin, le 19 juillet 2017, © Oumar Abdelbanat, 2017.

Après tout, le recours à ces modes alternatifs montre parfois des résultats positifs⁵⁵ puisque même les agents de santé se plaignent de plus en plus que les infirmiers du quartier, les guérisseurs ou les matrones sont de plus en plus nombreux dans les villages c'est pourquoi leurs centres sont depuis quelque temps désertés par les malades. Dans ce sens, il convient de souligner que la plupart des participants soulignent que certaines catégories de maladies à l'exemple de la fièvre typhoïde, de l'hépatite B, le diabète, l'épilepsie, la folie, les fractures, l'hémorroïde, les maladies vénériennes, les envoutements, la stérilité... sont davantage soignées par les guérisseurs plutôt que par les centres de santé. Face à des faits avérés où le système sanitaire public montre ses défaillances et son incapacité à guérir le malade, il est légitime pour les malades de chercher guérison auprès d'autres thérapeutes. Car le pluralisme médical relève bien plus d'une complémentarité que d'une compétition. Néanmoins, le recours d'urgence au centre de santé s'explique d'une part par la gravité de l'état du malade, la complication de la maladie ou la peur de la mort. Dans ces cas, les centres de santé sont perçus comme le dernier recours lors qu'on a tout essayé.

D'autre part, certaines catégories socioprofessionnelles mieux instruites à l'image des administrateurs, des enseignants montrent davantage un recours aux centres de santé en cas de maladies. De plus certains discours des soignants montrent qu'il existe un changement

⁵⁵ Toutefois, les agents de santé du district sanitaire pensent que ces résultats sont juste précaires. Le mal ne fait que s'empirer.

progressif des attitudes de la population. Alors que dans le passé les malades ont bien plus une préférence aux racines, on constate que leur nombre augmente dans les soins, les vaccinations, les visites prénatales, les accouchements. Dans les rapports du système sanitaire avec les patients, il existe des inégalités sociales qu'il est nécessaire d'analyser.

3. Les rapports des acteurs du système sanitaire avec les autorités locales, les religieux et les éducateurs

Le système sanitaire entretient des relations étroites avec les autorités locales et les religieux, qu'il convient de démontrer.

3.1. Le rôle des autorités locales dans la santé : entre collaboration et tension

Dans la sous-préfecture de Torrock, les thérapeutes, quelle que soit leur spécialisation sont sous l'autorité des sous-préfets, chefs de canton, chefs de village et chefs de terre. Entre ces acteurs, les relations de subordination et de collaboration sont prioritaires. Dès lors, il est curieux de constater qu'en début de leur fonction, les responsables des centres de santé nommés par l'Etat organisent une cérémonie officielle de prise de fonction où sont invitées les autorités locales et se présentent auprès du sous-préfet, du chef de canton et de chefs de village pour les civilités. Quant aux autres soignants du privé tels que le cabinet biomédical de médecine traditionnelle, les agents se sont présentés auprès de ces autorités pour présenter leur document d'autorisation avant de commencer le travail. De même, les voyantes (Madang Wellè, Murpuli Payang et Malebé N'Dari) m'ont souligné que lorsqu'elles s'appêtent à faire des incantations pour soigner un malade, elles passent au palais cantonal informer d'abord le chef de canton. Parfois ces mêmes voyantes s'organisent pour travailler dans les champs de ces chefs de canton. En retour ces derniers les conseillent et les protègent. Aussi pour la construction d'un centre de santé dans un village, c'est le chef de canton qui fait des demandes de soutien et de cotisation sociale et c'est à lui qu'on s'adresse pour demander le village devant abriter le centre de santé comme le souligne Gong Massing le chef de canton de Gouin lors d'une entrevue :

« C'est moi qui a décidé (que PRODALKA construise le centre de santé à Mabassiackré), parce qu'ils sont loin ; nous, nous sommes prêts de Torrock (district sanitaire). Parce que le chef de canton, si c'est un bon type, il regarde un peu partout. S'il y a des choses à donner, il donne un peu partout. Là-bas (habitants de

Mabassiackré) ils sont loin. Ça j'ai fait la demande là depuis le temps de Tombalbaye.⁵⁶»

Par ailleurs, en ce qui concerne le district sanitaire, les autorités locales jouent le rôle de vecteur de mobilisation sociale, sensibilisation et d'interface avec la population locale. Dans cette optique, pendant les campagnes de vaccinations, les soignants tiennent une réunion avec le sous-préfet ou les chefs de canton et les chefs de villages pour qu'ils sensibilisent la population locale de participer massivement aux vaccinations pour la santé de tout le monde. En cas de refus de la part des parents pour faire vacciner leurs enfants, le personnel soignant fait recours aux chefs de village pour ordonner et conseiller ces derniers à faire vacciner leurs enfants. C'est à l'issue de ces réunions de mobilisation sociale que les autres problèmes de santé au village sont débattus. Aussi, c'est au chef de canton et chefs de village que le personnel fait recours pour le recouvrement des dettes du centre de santé (cf. 6.5.2. les endettements).



Image 6. Réunion de mobilisation sociale au palais cantonal de Goïgoudoum le 27 juillet 2017, © Oumar Abdelbanat, 2017.

L'objet de cette réunion ci-dessus consiste à Sensibiliser et mobiliser les chefs de villages et de quartier sur l'introduction du vaccin contre la méningite A dans le PEV de routine. Le début de ladite vaccination est prévu pour le lundi 31 juillet 2017 dans la sous-préfecture de Torrock. Les acteurs en présence sont : le chef de canton de Goïgoudoum, son secrétaire, les chefs de village et les chefs de quartier, les responsables des centres de santé de Goïgoudoum et de Mbibou, le responsable de PEV, le président du Comité de santé de Goïgoudoum et moi-même présenté comme étudiant en recherche. Le choix du palais royal

⁵⁶ Extrait d'un entretien réalisé entre l'auteur et Gong Massing Daouda, le chef de canton de Gouin à la devanture du palais cantonal le 11 août 2017.

pour la réunion n'est pas fortuit. Il s'agit d'une sorte de stratégie des acteurs de la santé, non seulement pour impliquer les autorités locales dans la santé perçue comme une chose publique, (une affaire de tous) mais aussi pour solliciter la souveraineté et l'intermédiation du roi pour que leurs actions aient une grande importance et légitimité auprès des chefs de villages et de quartiers, et auprès des populations. Comme des bergers, les chefs sont mieux écouter par leurs populations. Lors d'un entretien à Gouin avec un relais communautaire ; ce dernier me dit qu'en cas de refus de parents de faire vacciner leurs enfants, ils font recours au chef de village qui menacent ces parents de quitter « son village » s'ils s'entêtent à ne pas faire vacciner leurs enfants. Ce qui veut dire que le chef est principalement garant de la santé de sa population.

En retour, dans un rôle d'intermédiation, face aux plaintes des populations sur la cherté des produits, le chef de village intercède auprès des soignants pour demander des explications. C'est ce que Débalbé Emmanuel, le laborantin de Mabassiackré explique :

« ... Au quartier certains disent que lorsqu'ils amènent leurs enfants, ils ne trouvent pas de bon, de produits et on ne prend pas bon charge, c'est leur problème d'abord, ils se plaignent comme ça auprès du chef. Et le chef de village vient et il nous explique ça. Nous on lui répond que bon une fois quand le patient arrive, le 1^{er} soin, on va pas le laisser, on va faire le 1^{er} soin et après, 2^{ème} jour, la personne, il faut qu'il se débrouille. On ne peut pas laisser le malade aller sans les soins. Quand on l'explique (le chef de village) que vraiment y a trop de bon et puis notre centre entrain d'enfoncer. Donc finalement nous aurons plus de médicament avec PRAMK. Donc le chef même quand il écoute comme ça, il est d'accord, il dit comme ça là, il faut qu'on fait tout moyen possible, pour voir les noms de ceux qui ont bon ici, pour envoyer dans tous les quartiers, dans chaque village pour récupérer ces bons. Donc maintenant je vois qu'ils ont quand même compris ces raisons par rapport à ça ...⁵⁷»

Parfois, comme toute personne, les chefs de canton, les chefs de village et les chefs de quartier font recours aux soignants pour les soins mais aussi pour accroître leur pouvoir et se protéger contre les empoisonnements et les malédictions au village. C'est ainsi que lorsqu'un évènement extraordinaire suscite un mauvais pressentiment du chef de village, ce dernier s'adresse aux voyants afin de faire des sacrifices pour conjurer le sort. C'est ce qui est arrivé à Torrock lorsqu'un arbre géant s'est effondré en face du district sanitaire, non loin du palais cantonal, à cause d'une tornade en début de cette saison de pluie.

⁵⁷ Extrait d'un entretien réalisé par l'auteur le 26 juillet 2017 au centre de santé de Mabassiackré.



Image 7. Un géant cail-cédra déraciné par la tornade dans la cour du district sanitaire de Torrock. Selon la voyante Madang, c'est un mauvais présage qui nécessite un sacrifice. Oumar Abdelbanat, 2017.

Les branches de l'arbre barrent presque toute la grande route. La chute extraordinaire d'un tel arbre qui a plus de cinquante ans, suscite la peur et pourrait annoncer un mauvais présage. Alors, le chef de canton lui-même est venu auprès de la voyante Madang pour demander conseil. C'est ainsi que cette dernière lui demande de « verser du sang » (sacrifier un mouton ou un bœuf à côté de l'arbre) et faire un rituel pour extirper le malheur qui surviendrait. A son tour le chef de canton donne des instructions au chef de terre, chargé de sacrifice pour faire ce rituel (c'est le rôle principal du chef de terre, qui nous a aussi raconté cette anecdote quelques jours plutôt lors d'un entretien). Celui-ci a cherché un mouton et un poulet, puis, il fait d'abord un rituel à la maison en utilisant les racines et les outils utilisés par ses ascendants chefs de terre décédés. Ensuite, il est venu devant l'arbre tombé. En se servant d'une vieille hache utilisée par les ancêtres, il « blesse » l'arbre au tronc, puis égorge le mouton et le poulet sur le même endroit, à l'aide d'un couteau que ses vieux parents ont utilisé. Ce couteau n'est utilisé que pendant des événements extraordinaires comme celui-là. Ensuite la viande est grillée et mangée sur place rien que par les hommes qui sont volontaires⁵⁸. Après ce sacrifice, on peut découper les branches de l'arbre tombé sans risque de malédiction. Toutefois, ces relations entre personnel soignant et pouvoirs locaux sont

⁵⁸ Selon le chef de terre, avec qui j'ai eu un entretien quelques jours plus tôt, on n'invite pas quelqu'un à manger cette viande, car si quelque chose lui arrive il peut accuser celui qui l'a invité. Donc c'est à chacun de venir se faire servir de son propre chef. Il est interdit aux femmes de manger cette viande.

parfois difficiles. Le personnel soignant se plaint du fait que certains chefs de villages ne transfèrent pas les messages de sensibilisation aux populations avant les vaccinations de routines sous prétexte qu'on ne leur accorde pas une indemnité financière. Une telle prétention de certains chefs de village s'explique par le fait que pendant les campagnes de sensibilisation de masse contre la poliomyélite (qui se font plus de 5 fois en 2017), ces derniers bénéficient d'une prime de sensibilisation. Alors ces derniers ne comprennent pas pourquoi ils n'en bénéficient pas pendant vaccinations de routine (qui se font au moins deux fois par semaine).

3.2. Les rôles des religieux et des éducateurs

En vertu de leurs rôles de guides spirituels, les religieux (les pasteurs, les prêtres, les imams) sont sollicités par le personnel du district sanitaire pendant les campagnes de vaccination de masse, à travers une missive, afin de convaincre leurs fidèles de prendre part activement à cette vaccination.

Cependant, certains voyants s'insurgent contre ces religieux parce que c'est à cause d'eux que les patients qui viennent se faire consulter ne sont pas nombreux comme à l'époque où les religions ne sont pas si influentes.

Quant aux éducateurs que sont les parents et les enseignants, le district sanitaire leur fait recours pour les conseils et sensibilisations sanitaires de leurs enfants et entourage. Par exemple dans une initiative de partage de *praziquantel*, médicaments utilisés contre la bilharziose, il est prévu une formation des enseignants pour procéder à la distribution de ces produits aux élèves. De même le projet santé mobile de l'Association Tchad Plus s'est associé au lycée de Torrock pour sensibiliser les élèves et leurs parents. Cela porte à croire que les questions sanitaires ne commencent pas dans les centres de santé mais d'abord au sein des familles, à l'école, dans les lieux de culte et dans tout espace de vie.

Au regard de l'implication de ces acteurs, le champ de la santé apparaît comme une arène politique dont il conviendrait d'analyser les rapports entre les acteurs.

4. Le champ de la santé : une arène politique

A l'issue des descriptions et interprétations empiriques liée aux rapports entre le système sanitaire et la population, la santé se présente comme une arène où confrontent les

différentes catégories d'acteurs précités (les soignants, les chefs de village, les religieux...) au sens d'Olivier de Sardan (*op. cit* : 227-228) :

« Le concept d'« arène » met en jeu ces deux acceptions de « pouvoir ». Dans une arène, des groupes stratégiques hétérogènes s'affrontent, mus par des intérêts (matériels ou symboliques) plus ou moins compatibles, les acteurs étant tous dotés de pouvoirs relationnels plus ou moins inégalement distribués. Mais on y trouve aussi des centres locaux de pouvoirs, des positions particulières de pouvoir institué : un émir, un chef de canton, un sous-préfet, un imam, un chef de confrérie, sont détenteurs de pouvoirs spécifiques, liés à leur fonction et reconnus comme tels ».

Pour expliquer ces propos, deux points sont pertinents : la santé comme chose publique et la santé comme un point de croisement entre les différents acteurs de la société.

Primo, en tant que chose publique, la santé intéresse l'ensemble de la communauté humaine qui vit dans un milieu à l'exemple de Torrock. Si au sens biologique, une maladie fait souffrir un seul individu, elle est aussi profondément liée à l'expérience personnelle de ce dernier. Par conséquent, toute sa famille et sa communauté finit par pâtir de ses effets moraux et psychologiques. C'est à ce titre que « *les anthropologues médicaux anglophones distinguent disease, soit la maladie considérée du point de vue biomédical comme un dysfonctionnement biologique (ou psychologique) chez un individu, de illness, soit la maladie en tant que vécu* » (Hudelson, 2002 : 36). Par ailleurs, du point de vue médical, une maladie peut se propager pour affecter tout un groupe de personne. Elle devient une épidémie ou une pandémie. Dès lors, il est constant de remarquer que les cas de maladies, d'accident, d'accouchement, de mort attirent l'attention de tout le monde. A partir du moment où, pauvre humain que je suis, ce qui est arrivé à l'autre peut aussi m'arriver, la santé échappe la dimension individuel pour être un enjeu collectif. C'est le sens de l'existence au niveau international de l'OMS, au niveau national d'un ministère de la santé publique qui se déploie au niveau périphérique à travers une multitude de districts sanitaires à l'image de celui de Torrock et au niveau local d'un pouvoir incarné par le sous-préfet les chefs de canton, les chef de villages mais surtout les chefs de terre dont la mission principale est de protéger la population des malheurs, comme l'explique Djido Ndari le chef de terre, chargé de sacrifice de Torrock :

« Le chef de Terre c'est quelque chose qui est traditionnel hum, quand quelqu'un est mort dans l'eau, on disait que c'est le problème de chef de terre qui va prendre la mort qu'on ne connaît pas la personne vient d'ailleurs où l'eau allait attraper, on appelle chef de terre prendre ça, et puis y a encore, quelque chose : les gens vont mettre un

médicament (sorcellerie ou empoisonnement) dans ta maison, c'est le chef de terre qui va aller prendre ça, on est de risque hen!, y a beaucoup de risques sur ça !⁵⁹»

Par conséquent, autant la population est représentée dans les centres de santé (qu'elle a elle-même contribué à construire par ses cotisations et mains-d'œuvre) par les COSAN qui lui rendent compte de la gestion des activités sanitaires, autant les professionnels de santé du privé sont autorisés et assujettis aux autorités locales, qu'ils informent et font recours en cas de problème. La maladie étant née dans la société, il est clair que toute question liée à la santé est profondément liée aux entrailles de la société. Et logiquement, la construction d'un centre de santé est une fierté qui mobilise tous les villageois.

Secundo, la santé est un point de croisement entre les acteurs de la société. Dans ce sens, le domaine de la santé est une sorte de carrefour où se rencontrent les différents acteurs de la société : soignants, patients, autorités locales, religieux, éducateurs, parents, enfants. À titre d'illustration, lorsqu'au terrain, j'ai constaté qu'il est difficile de rencontrer les villageois en saison de pluie pour des entrevues, la plupart de mes entretiens et focus group ont été effectués dans les centres de santé où ces derniers arrivent pour les soins. Aussi, les autres informateurs que j'ai rencontrés dans les marchés, les rues et parfois à la maison ont manifesté facilement leur sens d'ouverture et de collaboration face à cette recherche liée à la santé. C'est dire que tout le monde a quelque chose à dire sur une question relative à la santé. Pourtant, les rapports entre ces différents acteurs se traduisent par la tension et la coopération.

Tout d'abord, sous l'angle de la coopération, dans les rapports du système sanitaire avec la population locale (patient, autorités locales, religieux, éducateurs), il y a une forte mobilisation sociale aussi bien pour la construction des centres de santé, pour la gestion sanitaire et les soins de santé, les sensibilisations. Dans ce rapport amical, même s'il existe un déséquilibre entre les riches et les pauvres ; les femmes et les hommes, le système sanitaire communautaire réplique en atténuant ces inégalités par les mécanismes d'entraide sociale que sont les endettements, les soins gratuits, le troc. Paradoxalement, les agents de santé se plaignent des effets pervers des endettements, de la méfiance des patients, de l'inertie de certains chefs de village, alors que beaucoup de patients et leurs familles objectent que les soins demeurent chers. Enfin, certains chefs de villages réclament aux centres de santé de l'argent pour leurs efforts accomplis pour la sensibilisation des habitants.

⁵⁹ Extrait d'un entretien réalisé par l'auteur le 24 août 2017, en face du marché de Torrock

Dès lors, les rapports de pouvoirs se manifestent par l'implication des autorités administratives (le sous-préfet, les chefs de services), traditionnels (chefs de canton, chefs de village, chefs de quartier) et religieuses (prêtres, imams, pasteurs) dans les sensibilisations et le fonctionnement des centres de santé (Fassin, 1992).

Conclusion

En définitive, ce chapitre s'est interrogé sur les relations concrètes entre les acteurs du système sanitaire et la population locale de la sous-préfecture de Torrock.

Il ressort des descriptions, que d'une part, ces rapports se manifestent par l'existence des comités de santé au sein de chaque centre de santé, qui participent dans la gestion de ces centres et assurent l'intermédiation avec la population locale. Mais élus par la communauté, les membres des COSAN s'enlisent dans la routine et manquent d'innovation dans l'entretien des centres de santé. C'est pourquoi l'état d'hospitalité de ces établissements de santé est entaché d'insalubrité, de manque de matériels élémentaires (eau potable, nattes, lits...) pour l'accueil et la prise en charge des patients alors que les consultations des voyants relevant du mysticisme se font dans des vieilles cases, en manipulant des objets symboliques. Quant aux comportements des soignants, bien qu'il existe quelques écarts entre les normes et pratiques professionnelles, leurs attitudes vis-à-vis des patients est bien plus chaleureuses et familiales, même si les patients dans une certaines mesures se plaignent de la cherté des médicaments des centres de santé.

D'autre part, les rapports du système sanitaire avec les autorités locales, les religieux et éducateurs montrent un sens profond de coopération (subordination, mobilisation sociale, intermédiation, sensibilisation, protection) mais aussi de tensions (incompréhension, endettement). Ainsi, la complexité et le paradoxe de ces rapports du système sanitaire avec la population montrent que le champ de la santé est une sorte d'arène publique de confrontation entre les acteurs sociaux de la sous-préfecture de Torrock. Les enjeux sanitaires intéressent l'ensemble de la population qui s'y implique par des actions collaboratives et conflictuelles. La santé se manifeste comme un miroir de contemplation des rapports sociaux, d'où la notion d'arène politique pour qualifier cet état de fait. C'est pourquoi dans la logique de cette recherche, il est aussi curieux de s'interroger sur les différents types d'inégalités et de formes d'entraides sociales dans la santé.

CHAPITRE 4 : LES MANIFESTATIONS DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET LES FORMES D'ENTRAIDES SOCIALES DANS LA SOUS-PREFECTURE DE TORROCK

Introduction

Situé en Afrique subsaharienne, le Tchad fait partie des pays dont la situation socioéconomique est caractérisée par la pauvreté qui se manifeste par le manque des infrastructures et des ressources socio-sanitaires, l'analphabétisme, le taux élevé du chômage, de la famine et de la malnutrition, la mauvaise santé. C'est ainsi que selon un rapport de la Commission Economique pour l'Afrique (2017 : 14-16), la population tchadienne estimée en 2011, à 10 015 591 habitants est constituée de 51,5% de femmes et de 48,5% d'hommes. Elle est essentiellement rurale (81,6%). Selon ce rapport, L'incidence de la pauvreté au Tchad se situait à 46,7% en 2011. Elle s'accroît au fur et à mesure que l'on s'éloigne des centres urbains (20,9%), atteignant 52,5% dans les zones rurales. Du point de vue de la santé, l'espérance de vie à la naissance est de 52,9% en 2015. Dès lors, on peut comprendre que les zones rurales tchadiennes qui regorgent la majorité de la population sont davantage victimes de la pauvreté par rapport aux zones urbaines. Cette inégalité se manifeste aussi dans les conditions de vie de plus en plus pénibles des populations rurales par rapport aux populations urbaines. Par conséquent, il ressort des analyses précédentes que la situation socio-sanitaire des zones rurales à l'image de Torrock se trouve être l'une des plus isolées, défavorisées et en proie aux maladies.

C'est dans ce contexte contraignant que les acteurs du système sanitaire de Torrock entretiennent des relations étroites avec la population locale. Cependant, il ressort de ces rapports que les différentes catégories socioprofessionnelles n'ont pas les mêmes facilités d'accès aux soins. D'où les questions des inégalités sociales de la santé et des formes d'entraides sociales inhérentes. Selon Moleux *et al.* (2011 : 3), les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* ⁶⁰ ». Selon ces derniers, deux éléments sont importants dans cette définition :

⁶⁰ Guichard et Potvin, « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », in L. Potvin *et al.* La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010, cité par Moleux *et al.* (2011 : 3)

l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale ; ensuite le fait que ces inégalités de santé sont considérées comme socialement construits.

En Afrique, les inégalités sociales de santé ont fait l'objet d'études à l'image de celles de Fassin (1992) et de Jaffré et Olivier de Sardan (2003). Alors que ces derniers évoquent essentiellement les disparités de soins entre les riches et les pauvres, cette recherche souligne l'existence dans la sous-préfecture de Torrock non seulement des inégalités liées au genre mais aussi liées à la pauvreté et aux autres catégories socioprofessionnelles. Car « *la pauvreté entraîne dans son sillage toutes les maladies associées à la misère, maladies liées à l'eau, au péril fécal, à l'absence d'hygiène publique et individuelle, aux mauvaises conditions de logement, à la malnutrition (...)* » (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003: 157)

Ainsi, l'objectif principal est d'explorer les différents types d'inégalités existant dans les rapports entre les soignants et la population locale ainsi que les formes de solidarités inhérentes.

1. Les inégalités sociales de santé

Le champ de la santé étant le miroir de la société, il existe aussi une forme d'hierarchisation entre les patients qui se présentent pour les soins. Ce sont par exemple : les cas des inégalités socioéconomiques et de la différence de genre, les comportements différenciés de la population face à l'hygiène,

1.1. Les inégalités entre les riches et les pauvres dans l'accès aux soins

La santé a un prix, a-t-on l'habitude de dire ! C'est pourquoi les professionnels de la santé, les pharmaciens, les infirmiers du quartier, les vendeurs de médicaments et les guérisseurs vendent leur service et leurs médicaments aux patients, parce que c'est grâce à leur métier qu'ils nourrissent aussi leurs familles. Les soins de santé n'étant pas en principe gratuits, les riches et les pauvres ne sont pas traités de la même manière.

1.1.1. Perceptions de la richesse et de la pauvreté

Dans les zones rurales de Torrock, les perceptions de la richesse et de la pauvreté sont largement influencées par les contraintes locales. La richesse et la pauvreté sont définies par le critère de possession des biens matériels. C'est ainsi que le riche est perçu comme quelqu'un qui possède du bétail, de la nourriture, de l'argent, une belle maison...qui lui permettraient d'avoir une vie aisée : nourrir ses enfants, payer les ordonnances sanitaires,

s'habiller, s'acheter les motos ou voitures pour se déplacer, organiser des fêtes et acheter de la nourriture et de la boisson aux gens, employer des travailleurs pour paître les troupeaux et labourer...en évidence, entre les riches, il y a aussi une classification entre celui qui est très riches (qui en possède beaucoup) et moyennant riche (qui en possède moyennement). Mais cela ne préoccupe davantage que celui qui est déjà riche et qui veut voir sa richesse augmentée. Aux yeux du villageois, à l'immédiat, soit on est riche, soit on ne l'est pas. Le degré de richesse vient après avec le temps.

Alors que le pauvre, c'est celui qui n'a pas de biens matériels valeureux ou qui en a peu. Par exemple le pauvre peu avoir (ou pas) quelques bétails ou volaille mais non tout un troupeau, un vélo, porter des habits moins couteux, habiter dans des cases ou maisons (non-clôturées), avoir de la peine à nourrir et soigner sa famille...Aussi entre les pauvres il y a aussi des différences entre ceux qui ont le minimum pour survivre et ceux qui ont des difficultés pour en avoir.

Ainsi, derrière ces signes extérieurs de richesse et de pauvreté, il se cache des statuts socioprofessionnels. C'est ainsi que ceux qui sont perçus comme étant riches sont par exemple : des grands agriculteurs et éleveurs, les fonctionnaires de l'état, les travailleurs des sociétés privés et des ONG, les grands commerçants (ceux qui ont de grandes boutiques commerciales), les entrepreneurs. A noter que dans la plupart des cas, ces professionnels possèdent aussi des troupeaux et des champs. Alors que les pauvres sont entre autre les cultivateurs, les artisans, les débrouillards, les élèves et étudiants.

Dans un focus group, organisé à Gouin le 19 juillet 2017, le riche est défini par certaines personnes comme suit : *« Quelqu'un qui a beaucoup de troupeaux et tu arrives à nourrir bien sa famille, tu n'as pas de problèmes, ici chez nous là, la richesse c'est ça !⁶¹ »* alors que d'autres affirment : *« l'explication est un peu difficile pour expliquer ce quoi être pauvre, c'est quoi être riche. Mais celui qui a des moyens là, tu peux trouver un fonctionnaire, un cultivateur, celui qui a des bœuf ou quoi quoi partout là c'est quelqu'un qui a des moyens et celui qui n'en a pas là c'est ça quelqu'un qui est pauvre ...⁶² »*

⁶¹ Propos de Djondang Jean agent chargé de PEV au centre de santé de Gouin.

⁶² Propos de Madame Rachel Massouaneni, agent d'assainissement au centre de santé de Gouin, interprété par Faba Pahimi, enseignant.

Selon ces perceptions, on remarque que s'il est difficile d'identifier le riche du pauvre à travers leurs métiers⁶³, il est pourtant facile de les distinguer à travers les biens matériels qu'ils possèdent ou non. C'est pourquoi le riche c'est celui qui possède des biens et peut facilement résoudre ses problèmes sanitaires, scolaires, alimentaires, alors que le pauvre étant démuné n'est pas capable de résoudre ses propres problèmes (parfois sans l'aide d'une autre personne). Cette distinction entre riche et pauvre est remarquable pendant les saisons de pluie. Alors que le cultivateur ayant épuisé sa réserve de mil éprouve de la peine à traverser la saison pluvieuse, vend les rares bétails et volailles qu'il possède et travaille pour le riche pour survivre. Le riche quant à lui, ne manque pas de revenus pour se nourrir durant toute l'année et profite de cette période pour acheter moins cher. Quant aux commerçants, c'est pendant cette période de rareté qu'ils augmentent le prix du mil au marché.

1.1.2. Les manifestations des inégalités entre les riches et les pauvres devant la santé

Tout d'abord, il est important de souligner que du fait de sa condition de vie pénible, le pauvre est bien plus vulnérable à la maladie et à la mort par rapport au riche. C'est pourquoi, dans les pays dit pauvres l'espérance de vie à la naissance est courte et le taux de mortalité est élevé par rapport aux pays considérés comme étant développés.

Devant les structures sanitaires de Torrock cette différence est également considérable. Cela s'explique par le fait que le pauvre, ayant du mal à se nourrir, à s'habiller et dormir dans un endroit décent est bien plus une proie facile pour la maladie par rapport au riche qui ne se confronte pas à ces difficultés. Car les maladies sont profondément liées aux conditions de vie des populations.

De ce fait, selon les observations et entretiens de terrain, beaucoup des habitants pauvres, ne viennent pas aussitôt au centre de santé lorsqu'un membre de leur famille est malade par que selon eux, le traitement sanitaire est cher. Dès lors, ils font recours prioritairement à l'auto-médicamentation ou aux infirmiers du quartier. Par contre, les riches, n'ayant pas des difficultés financières à se faire soigner, ont bien plus tendance à se présenter au centre de santé en cas de maladie⁶⁴. Ainsi, la pauvreté est un véritable obstacle à l'accès aux soins de qualité.

⁶³ Parce qu'il existe autant des commerçants pauvres et des commerçants riches, des fonctionnaires pauvres et des fonctionnaires riches, des agriculteurs pauvres et des agriculteurs riches...

⁶⁴ Ceux qui ne se présentent pas aux centres de santé en cas de maladies sont parfois sous-informés. Alors une intensification des sensibilisations pourrait les faire changer progressivement de comportement.

Pendant la prise en charge des malades, cette distinction est aussi apparente. J'ai assisté à plusieurs cas où ceux qui ont les moyens financiers ont facilement passé les consultations et acheter les produits pour les soins de leurs malades, alors que ceux qui n'ont pas les moyens financiers n'ont pas pu acheter des médicaments ou ont acheté juste une partie des médicaments prescrits. Dans cette situation, lorsque l'état du malade est grave, les agents de santé administrent les soins essentiels au malade mais confisquent son carnet, pour le rendre après s'être acquitté de la dette (cf. infra : les formes d'entraide sociale dans la santé). Dans cette situation, en zone rurale, les pauvres ne bénéficient d'un traitement de faveur (en s'endettant) par rapport aux riches que lorsque leur malade est dans un état grave. Cet acte peut être perçu comme une forme d'équité car les centres de santé communautaires sont aussi les fruits des cotisations des villageois.

1.2.L'inégalité de genre

L'inégalité de genre, peut être définie comme étant l'ensemble des différences entre les hommes et les femmes qui donnent plus de pouvoir ou d'avantage à une catégorie, au détriment de l'autre. Après avoir réfléchi sur les principales causes de l'inégalité de genre, ses différentes manifestations dans la santé seront soulignées.

4.4.2.1. Les principales causes de l'inégalité de genre liée à la santé

Tout d'abord, les facteurs socio-culturels alourdissent le sort de la femme face à la santé. Il ressort des analyses supra que les communautés rurales de Torrock sont patrilinéaires. Les femmes n'ont pas de responsabilité et de pouvoir dans cette société même si certaines d'entre elles sont respectées pour leur connaissance dans certains domaines tels que la voyance, la gestion de l'argent, le commerce, l'accouchement...

Pourtant en réalité, les femmes surtout Moundang et Moussey assument des travaux importants dans les familles. Par exemple, ce sont elles qui s'occupent de la cuisine (transformation des produits champêtres, cueillette des fruits et des feuilles, la mouture des céréales, chercher de l'eau et du fagot, faire le ménage) ; prennent soin des enfants, de leur nourriture et de leur santé ; prennent part active dans la construction des maisons et greniers ; accomplissent des travaux champêtres⁶⁵.

⁶⁵ Dans un rapport de 1992, du Service allemand de développement sur la promotion des femmes rurales du P.A de Torrock, constatant ces conditions pénibles de femmes, un certain nombre d'activités sont faites pour alléger ce fardeau : les dons des machines décortiqueuses, la fabrication des savons et d'autres formations. Jusqu'à ce jour ces conditions pénibles des femmes sont constatées au terrain si bien que le chef de canton de Torrock a formellement interdit aux maris de battre leurs femmes sous peine de sanction.

Du point de vue économique, elles jouent aussi un rôle non-négligeable. La plupart d'entre elles possèdent des volailles, des chèvres ou des cochons, quelque rares des bovins. Elles cultivent de l'arachide, haricot, gombo, du sorgho, du taro, pois de terre, pour la consommation de la famille et le surplus pour le petit commerce. Dans beaucoup de familles les revenus des femmes contribuent d'acheter les condiments, les ustensiles, les produits d'hygiène, l'habillement des enfants et les médicaments.

C'est à cause de ce poids socioculturel que le taux d'analphabétisme est plus élevé chez les femmes, elles sont sous-informées puisqu'elles utilisent moins les TIC...

Or, les femmes jouent un rôle essentiel dans les zones rurales de Torrock. Plusieurs fois, lorsque les femmes arrivent en retard aux vaccinations, elles affirment que leurs maris les obligent d'aller d'abord au champ avant de revenir se faire vacciner ou vacciner les enfants. C'est ce que souligne Maloumi Mahouli, une matrone du centre de santé de Zamagouin :

« ... Ça là, y'a de plainte... de fois s'ils (les femmes) viennent à 14 heures, de fois on est prêt à romper (rentre), je dis mais pourquoi c'est comme ça ? Elles disent mais, ils (les maris) disent d'aller d'abord en brousse avant de revenir, y'a des plaintes comme ça. Mais je fais même à 15 heures, 16 heures, si je suis là ...⁶⁶ »

Ces propos montrent que le personnel soignant se confronte parfois à l'intransigeance des maris d'obliger leurs épouses à prioriser les travaux champêtres au détriment des visites médicales. Cela oblige les soignants à adapter leur emploi de temps selon la disponibilité des femmes, soit en organisant les vaccinations deux à trois fois par semaine ou soit en finissant du travail plus tard que d'habitude pour permettre aux retardataires de se rattraper.

4.4.2.2. Les manifestations de l'inégalité de genre dans la santé

L'analyse des données du rapport mensuel d'activité du district sanitaire de Torrock, révèle que le nombre des patients qui se sont présentés pour la consultation curative entre janvier et août 2017 varie en fonction des tranches d'âge de 0 à 14 ans et de 15 et plus.

⁶⁶ Entretien de 18 juillet 2017, réalisé par l'auteur avec Maloumi Mahouli, une matrone de 32 ans au centre de santé de Zamagouin

Age	0 - 14		15 et +	
Sexe	M	F	M	F
Janvier	322	275	267	353
Février	290	263	163	386
Mars	364	395	149	386
Avril	492	406	189	397
Mai	358	246	175	423
Juin	314	285	168	393
Juillet	445	460	196	416
Août	444	420	174	327
Total	3029	2750	1481	3081

Tableau 1. Indication du nombre des patients en consultation curative en fonction d'âge et sexe. Réalisé par l'auteur à partir du rapport mensuel d'activités du district sanitaire de Torrock entre janvier et août 2017.

Il ressort de ce tableau qu'entre janvier et août 2017, concernant la tranche d'âge de 0 à 14 ans il y a une augmentation du nombre des garçons (3029) par rapport aux filles (2750) dans les consultations curatives. Alors que dans la tranche d'âge de 15 ans et plus le nombre de consultations des femmes (3081) par rapport aux hommes (1481) est de plus en plus élevé. Parmi les raisons qui expliquent ces variations, il est constaté que la majorité de jeunes garçons à partir de 5 ans à 14 ans sont d'avantage exposés aux maladies du fait qu'en plus des travaux champêtres, ils passent leurs journées à pêcher, s'amuser dans l'eau stagnante, faire paître les bœufs et chèvres alors que les filles aident leur mère au ménage, travaux champêtres, vaisselle et petits commerces.



Image 8. Des jeunes bergers s'amusant autour du fleuve situé, non loin du district sanitaire de Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017

Quant au nombre élevé des femmes aux consultations curatives par rapport aux hommes plusieurs raisons peuvent le justifier : l'excès des travaux ménagers, champêtres, les

travaux pénibles des femmes pendant la grossesse, les visites prénatales... En plus, les femmes enceintes Moundang observent un régime alimentaire différent : elles ne mangent pas le sel, le piment, le gibier, les œufs, la bouillie aux arachides, au risque que l'enfant devienne trop gros pour l'accouchement.

Au-delà de ces chiffres, j'ai constaté au terrain que les femmes sont les plus nombreuses au centre de santé soit pour les accouchements, les consultations ou l'accompagnement d'un membre de famille malade. Dans la plupart des cas, ce sont les femmes qui sont les premières à se présenter dans les structures de soins lorsque leurs enfants sont malades, bien qu'elles n'aient pas parfois l'argent pour régler les ordonnances.

Par exemple : une nuit du 13 juillet 2017, lorsque je visitais le centre de santé de Torrock, un couple et quelques personnes sont arrivés avec inquiétude aux soins. Leur enfant semble gravement malade ; il est pris en charge par l'agent de garde qui lui fait le test de diagnostic rapide du palu. Lorsque je pose la question à l'un des compagnons, il m'explique que l'enfant était malade toute la journée à la maison. En l'absence de sa mère partie au marché de Goïgoudoum, au lieu que le père de l'enfant l'amène au centre de santé ce dernier préfère attendre le retour d'un infirmier du quartier, parti au marché, pour examiner le malade. Au soir lorsque la mère est rentrée, elle constate que l'état de l'enfant s'est dégradé au point où il n'arrive pas à manger le gâteau qu'elle lui avait apporté. C'est alors qu'aidée par les voisins elle décide d'amener l'enfant au centre de santé de Torrock, accompagnée de son mari. Le test du palu s'est avéré positif. Une injection de l'*arthemeter*⁶⁷ s'en est suivie. Après les premiers soins administrés en ma présence l'état du malade s'est stabilisé.

Dans le cas d'espèce, on constate bien que l'hésitation du papa de venir au centre de santé s'explique par le fait qu'il n'a pas les moyens. Implicitement il attend le retour de la mère, qui prend aussitôt l'initiative d'amener l'enfant aux soins de santé. La proximité de la mère et de l'enfant qui se traduit par l'amour maternelle, fait que les femmes n'hésitent pas à prendre des initiatives pour les soins de leurs enfants.

Dans un focus group organisé à Zamagouin le 18 juillet 2017⁶⁸, face à la question de savoir pourquoi les femmes sont fréquentes au centre par rapport aux hommes, les réponses sont divergentes. Alors que certains affirment que c'est pour les consultations prénatales. D'autres soulignent que c'est parce que les hommes sont beaucoup plus occupés par leurs activités que les femmes. Si la maladie n'est pas grave la femme peut conduire le malade au centre avant que le mari cherche l'argent pour la suivre.

⁶⁷ Produit injectable contre le paludisme

⁶⁸ C'est un groupe de discussion organisé juste derrière le centre de santé de Zamagouin. Les participants sont au nombre de onze personnes adultes, pères et mères de famille, dont l'âge varie entre 25 et 60 ans. Au total, il y a quatre femmes et sept hommes. Les participants sont des cultivateurs et ménagères, chauffeur, soignants résidents à Zamagouin.

En ce qui concerne le paiement des ordonnances, il est difficile de vérifier avec exactitude si ce sont les hommes ou les femmes qui payent le plus les soins. Selon les observations de terrain, il se trouve qu'autant les femmes que les hommes se débrouillent à acheter les médicaments. Cependant, dans les centres de santé, lorsque les carnets sont confisqués parce que le coût de l'ordonnance n'a pas été réglé malgré la prise en charge du malade, c'est le père de famille qui est par la suite saisi par le chef de quartier pour assumer sa responsabilité. En cas d'endettement sanitaire, c'est le père de famille qui est responsable.

1.3. Les comportements différenciés de la population face à l'hygiène

L'hygiène peut être définie comme étant : un ensemble de pratiques individuelles ou collectives visant à la préservation et à l'amélioration de la santé. Or, selon les observations et les entretiens de terrain, ces comportements de la population face à l'hygiène varient en fonction de l'âge, de l'éducation et du statut socio-professionnel des groupes contactés.

D'abord, concernant les comportements liés à l'âge, il est important de souligner que dans l'insouciance, les enfants considèrent les eaux des rivières, des mares et des fleuves comme des lieux de distraction. En saison des pluies généralement entre mai et octobre, ces eaux sont abondantes à Torrock. Et parfois, malgré les mises en garde de leurs parents, la plupart de ces enfants y vont pour les baignades, les jeux, les pêches. De plus, cette période coïncide avec les grandes vacances ; les enfants n'ayant rien à faire passent beaucoup de temps dans ces eaux. Même si certains y résistent, ils finissent par céder, entraînés par leurs camarades avec qui, ils passent le plus clair de leur temps. Or, pour avoir été enfant, il est clair que les jeux dans les eaux stagnantes sont des plaisirs quotidiens dont on se prive rarement, malgré les dangers encourus telles que les noyades et les maladies hydriques. Aussi, la plupart de ces enfants, ignorent-ils les règles élémentaires d'hygiène telles la propreté du corps et des aliments, l'usage des moustiquaires, l'évitement des eaux de pluies, l'usage des latrines... A contrario, étant adulte, les lieux de distraction changent, l'on est de plus en plus sensibilisé et on n'est pas souvent attiré par les jeux dans les eaux. Les perceptions et les comportements risqués face à la maladie et à l'hygiène changent donc en fonction de l'âge des personnes.

Ensuite, quels que soient l'âge, le sexe, l'éducation d'une personne influence son attitude face à l'hygiène. C'est pourquoi, les personnes mieux sensibilisées aux règles élémentaires d'hygiène, prennent des précautions pour éviter les contacts avec l'eau, et entretiennent mieux leur santé ainsi que celle de leurs progénitures aussi bien concernant la

prévention que les soins. Cependant, le manque d'éducation expose les adultes et les enfants aux maladies hydriques. Puisqu'ignorant les mesures élémentaires de santé, ces derniers ne se préoccupent pas suffisamment de la propreté et ne se protègent pas contre les aliments sales et ne

Enfin, le statut socioprofessionnel varie d'un groupe d'individus à d'autres. Par exemple à Torrock l'on peut souligner que les fonctionnaires tels que le personnel de santé, les enseignants, les agents de sécurité et parfois les commerçants, les entrepreneurs... ne sont pas souvent en contact avec l'eau stagnante puisque leurs métiers ne se pratiquent pas dans l'eau ou grâce à l'eau de pluie sauf ceux qui sont à la fois agriculteurs et fonctionnaires ou commerçants. Par rapport aux paysans agriculteurs, éleveurs pêcheurs... dont les rapports avec l'eau sont presque inévitables. Torrock est traversé par trois fleuves, les bassins de rétention d'eau sont abondants. Cela fait de cette zone, propice à l'agriculture et surtout à la riziculture faite dans des endroits où l'eau stagnante est abondante. Ainsi, considérant l'eau comme une source du bon rendement, l'agriculteur est loin de s'en méfier ou de prendre des mesures de précaution, car l'agriculture est pratiquée de façon rudimentaire malgré l'existence de quelques rares tracteurs gérés par l'Office National de Développement Rural.

Par conséquent, cette distinction ne tient pas seulement compte du travail mais aussi de la classe sociale. L'on peut dire que les fonctionnaires sont mieux sensibilisés et gagnent mieux leur vie : la maison est construite en dur, avec des latrines et parfois un point d'eau potable, les enfants sont mieux entretenus... Tandis que les paysans, qu'ils soient sensibilisés ou pas, le fait qu'ils se battent chaque jour à survivre soit en labourant la terre, en pêchant ou en commerçant, les expose aux maladies. Tels sont les cas des enfants bouviers et des agriculteurs qui sont en contact permanent avec l'eau sale pendant qu'ils gardent les troupeaux ou pendant qu'ils labourent la terre. Dans la plupart des quartiers, j'ai constaté qu'il manque de latrine et les villageois ont l'habitude de déféquer ou uriner à ciel ouvert.

Par ailleurs, l'eau consommée à Torrock n'est pas potable. Il n'y a pas encore un château d'eau potable⁶⁹. Les points d'eau sont constitués des puits et quelques rares forages à pompe. Dans les villages environnants, pendant la saison sèche, l'eau des puits se raréfie et parfois change de couleur puisqu'elle contient de l'argile et des métaux lourds. Comme pour atténuer les effets pervers des déséquilibres dans la santé, il existe quelques formes d'entraide sociale dans le champ de la santé qu'il convient de préciser.

⁶⁹ Pendant mon séjour de recherche, j'ai aperçu un chantier de château d'eau non encore achevé.

2. Les différentes formes d'entraide sociale dans la santé

Dans le système sanitaire de Torrock, il existe différentes formes d'entraide sociale qui se manifestent par les cotisations, les endettements et d'autres assistances sociale (gratuité des médicaments, troc).

2.1. Les cotisations de la population

Le secteur de la santé étant une œuvre sociale pour le bien de la communauté, la construction d'une structure sanitaire dans un village, mobilise la population pour y contribuer. A Torrock, plusieurs types de cotisations existent pour promouvoir la santé. Deux exemples pertinents permettent d'expliquer ces faits.

Tout d'abord, les centres de santé cofinancés par le projet allemand du développement (PRODALKA) à savoir : le centre de santé de Zamagouin (2005) de Balani (2006), de Mabassiackré (2007) et le bâtiment annexe du centre de santé urbain de Torrock (2009) ont vu la participation des populations locales pour leur construction. Pour chaque centre de santé, la participation des populations s'élève à environ 20%. Par exemple pour la construction du bâtiment annexe du centre de santé urbain de Torrock chaque chef de ménage du canton Torrock a contribué 500 FCFA moyennant un ticket distribué par un comité spécial. Cette cotisation a aussi été soutenue par les ressortissants de Torrock, résidant à N'Djamena.

Par ailleurs, une autre initiative de cotisation entièrement organisée par la population mérite d'être soulignée : la construction de la direction du district sanitaire de Torrock. En effet, après l'institution du centre de santé de Torrock en district, une assemblée dirigée par le sous-préfet a décidé d'organiser une collecte des fonds pour le bureau du MCD. C'est ainsi qu'une commission dirigée par le chef de canton de Goïgoudoum est mise en place. Ensuite, chaque centre de santé, chaque chef de canton et les habitants de la sous-préfecture ont apporté leur contribution pour commencer les travaux de construction de la direction et de trois salles. En cours de construction, le chantier est suspendu à défaut des moyens financiers. Mais peu de temps après, le chantier a repris grâce à l'aide d'un bon samaritain, un des fils de Torrock. Comme le souligne bien Sanda Seriabé, agent chargé de PEV au centre de santé urbain de Torrock :

« C'était parti à la suite d'une réunion de mobilisation sociale à la sous-préfecture, ils sont partis là-bas. Ce sont les enseignants-là qui ont commencé à parler de cela. Ils disent que,

voilà, nous comment il se fait que on a déjà district, mais jusqu'à présent on ne voit pas l'autre, le MCD qui n'est pas arrivé ? Et de deux, on a déjà l'ambulance, mais les choses ont commencé à ralentir ou à avancer. Ils ont commencé à faire débat et à la fin, ils ont trouvé la solution que voilà, avant que le MCD viennent là, il faut que tout le monde cotise dans la sous-préfecture de Torrock pour construire un bureau au MCD parce que l'Etat ne va pas directement prendre en charge et il faut que nous on montre l'exemplaire d'abord à l'Etat que vraiment nous voulons à ce que le MCD soit chez nous. Ah donc comment faire, comme dans le district de Torrock y a 8 centres de santé non, voilà chaque centre de santé paye cent mille et les (3) chefs de canton, eux ils ont cinquante mille (chacun). Et les chefs de poste (service), chacun donne à sa volonté, parce que y a pas un taux fixé pour ça, chacun donne par sa volonté. C'était le chef de canton de Goïgoudoum qui était le président de ça (comité)... le DGA de la cimenterie⁷⁰ a donné 500 000f⁷¹, à titre personnel, parce qu'il est venu, il a trouvé qu'on a construit déjà, mais pour tâler, c'est pas tâlé. Et puis pour crépir dedans même, c'est construit comme ça seulement. Il dit comment, on entend que vous avez construit et puis c'est garer comme ça là, qu'est ce qui ne va pas. Entre temps le MCD, il est là déjà. Il lui a expliqué que voilà bon, ils sont partis jusque-là pour voir, que c'est arrivé à ce niveau-là, l'argent dans la caisse, y'en a plus... et lui, il a vu bon si c'est comme ça, je vous donne 500 000, en plus 50 sacs de ciment (...) Le même jour-là il a donné 500 000 au président du comité de santé et il est parti dans son buvette là, il nous a présenté 50 sacs de ciment, on a ramassé on est venu, voilà on a appelé le MCD, lui-même il a appelé le maçon là carrément et il a commencé à tâler et crépir tout tout. Cette fois ci c'est fini déjà ça reste les équipements de dedans ...⁷²»

L'analyse des affirmations de Sanda montre qu'à la suite de l'institution du centre de santé de Torrock en district, il s'est suivi une mobilisation de la population et une prise de conscience de toute la communauté locale pour contribuer à édifier un local pour la direction du district. C'est ainsi que non seulement les différents centres de santé ont cotisé mais aussi les chefs de canton, les cadres et les autres habitants de Torrock. Une telle mobilisation signifie pour eux une manière de prendre une part active dans la prise en charge du fonctionnement du district, sans continuer à attendre l'intervention de l'Etat qui tarde à se manifester.

2.2. Les endettements

L'endettement est une forme d'aide qui consiste à rendre service ou vendre un produit à crédit à un individu. Il se base sur des rapports de confiance car le débiteur est tenu d'honorer son engagement à l'échéance fixée d'avance.

Dans les rapports du système sanitaire (les guérisseurs, les pharmaciens et vendeurs des médicaments, les centres de santé et les infirmiers du quartier) avec les patients, il existe aussi des crédits, des soins de santé et des médicaments accordés aux nécessiteux qui

⁷⁰ Il s'agit du directeur général de la cimenterie Baoré (Pala) depuis sa création jusqu'à 2017, qui est aussi un ressortissant de Torrock

⁷¹ FCFA

⁷² Entretien avec Sanda Sériabé, réalisé par l'auteur le 5 août 2017 au district sanitaire de Torrock

s'engagent à rembourser plus tard. Dans les centres de santé de la sous-préfecture de Torrock, les principales formes d'endettement se décrivent de deux manières.

Primo, lorsqu'une famille indigente vient d'urgence avec un malade au centre de santé et qu'elle n'a pas les moyens matériels pour les soins, les soignants prennent en charge le patient en lui procurant les médicaments essentiels. Ensuite, une ordonnance lui est dressée mais le carnet du malade est confisqué par le centre de santé qui ne le lui rendra que lorsque la dette est réglée. De la même manière, certains chefs de village, en difficulté financière s'endettent auprès du centre de santé tout en s'engageant de rembourser à une échéance future.

Secundo, lorsque les centres de santé ont besoin des médicaments et qu'ils sont à court, ils font des commandes à crédit auprès de la PRAMK ; mais ils rembourseront plus tard. Cependant, selon une convention qui lie PRAMK et les centres de santé, le système d'endettement est aboli depuis 2014. Désormais, lorsque le centre de santé envoie une somme d'argent pour faire une commande des médicaments, PRAMK soutire d'abord 15 % pour le remboursement des dettes contractées par le centre avant 2014 ; puis livre des médicaments pour une valeur de 85% de la somme reçue. Au mois d'août 2017, dans le district sanitaire de Torrock, seulement deux centres sur huit (centres de santé de Torrock et de Mabassiackré) ont épongé leurs dettes. La dette la plus élevée est de un million FCFA...

Toutefois, le recouvrement des dettes est parfois difficile. Car, si le débiteur est content de contracter une dette, l'acquittement de son obligation pose parfois problème. C'est ainsi qu'à Torrock, les centres de santé se confrontent à un recouvrement difficile de leurs créances. Le processus de ce recouvrement se fait comme suit : tous les carnets des personnes endettées sont collectés par quartier et par villages dans les pharmacies ou les caisses de ces centres. Une liste des noms et prénoms de ces débiteurs est établie puis envoyée aux chefs de canton puis aux chefs de village qui à leur tour, transfèrent ces listes aux chefs de quartier pour interpellier les concernés de rembourser leurs dettes.

En outre, si ces débiteurs ne sont pas toujours acquittés de leurs dettes, chaque année, lorsque les agents de la compagnie du coton (la *CotonTchad*) arrivent dans chaque village pour payer aux cultivateurs du coton leurs dûs, les chefs de villages profitent de cette occasion pour que chaque cultivateur endetté rembourse sa dette au centre de santé, si son nom figure dans la liste des débiteurs. Malheureusement depuis plus d'une année, la société de coton n'a pas encore payé ses dettes envers les agriculteurs de la sous-préfecture de Torrock, cela

répercute sur l'aptitude de ces derniers à pouvoir s'acquitter de leurs dettes envers les centres de santé.

Malgré toutes ces stratégies, les caissiers des centres de santé se plaignent du non-remboursement des dettes qui, dans certains cas s'accumulent et impactent directement sur les recettes de ces centres et le paiement des médicaments. Bien que les carnets sont confisqués, dans certains cas, le même patient ou la même famille peut se trouver avec plusieurs carnets confisqués. Et par conséquent j'ai par moi-même constaté qu'il y a des carnets des endettés confisqués depuis plus de trois à quatre ans si bien que les pharmacies deviennent aussi des collectionneuses des carnets.



Image 9. Le pharmacien expose les carnets saisis des débiteurs du centre de santé de Zamagouin, Oumar Abdelbanat, 2017

2.3. Les autres formes d'assistance sociale : la gratuité des services et médicaments essentiels, le système de troc

Deux autres formes d'assistance existent dans les rapports entre les soignants et la population. Ce sont la gratuité des services et médicaments essentiels et le système du troc

De prime abord, dans la sous-préfecture de Torrock, les rapports entre les habitants se fondent sur la base de familiarité. Dans mes enquêtes de terrain je me suis plusieurs fois confrontés à des inconnus qui me parlent en langue moundang sans douter une seule fois que je n'en comprend pas ou que je ne suis pas issu de la région. Aussi, la plupart des personnes que je rencontre m'appelle sous le terme « parent » ou « mon frère ». Cette familiarité qui prime dans les relations sociales existe aussi dans la quête des soins auprès des guérisseurs locaux (rebouteux, voyants...). C'est ainsi que lorsque ces derniers soignent leurs patients, perçus d'ailleurs comme des parents ou des frères, ils n'exigent pas une somme d'argent

précise mais, cela dépend de la capacité financière et de la volonté du patient de les payer ou leur offrir un cadeau ou pas. Il arrive donc souvent que les pauvres soient soignés gratuits par eux.

En outre, l'Etat aussi accorde la gratuité des médicaments et services essentiels aux patients. Cette gratuité vise d'abord les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Elle se fait deux fois par an pour une valeur d'environ cinq cent mille (500 000) FCFA. Compte tenu de la crise que traverse l'Etat, la valeur des médicaments gratuits est en baisse depuis plus d'un an. Aussi convient-il de souligner qu'un décret du 20 août 2017, réduit les soins gratuits par exemple au paludisme grave, aux consultations prénatales, aux accouchements et césariennes, aux morsures de serpent. Dans le même ordre d'idée, le partage des moustiquaires, les vaccinations de routines des enfants de 0 à 11 mois et les vaccinations contre la poliomyélite sont gratuites, parfois des comprimés antipaludiques leurs sont offerts gratuitement. Cependant, dans mes recherches de terrain, l'irrégularité de ces soins gratuits ou l'interprétation différente de la gratuité (par les villageois) crée souvent des tensions entre les centres de santé et les patients. C'est pourquoi des matrones m'ont souligné que si les femmes sont nombreuses aux consultations prénatales, elles sont rares aux accouchements dans les centres de santé parce que, leurs maris leur disent que normalement les accouchements au centre de santé sont gratuits mais pourquoi encore les soignants font une ordonnance des médicaments à payer. Pourtant cette ordonnance qui s'élève à environ 1500 FCFA, c'est juste une mesure préventive pour le bien être de la maman et du bébé. La hantise des maris de payer cette ordonnance supplémentaire après les soins primaires de l'accouchement rendent réticents certains maris à accepter que leurs femmes accouchent dans les dispensaires. Il en est de même de la vaccination des enfants qui est parfois suivi par le partage gratuit aux mamans des *paracetamol*, *pancidar* ou autres produits apaisant les douleurs des enfants vaccinés. Lorsque ces produits manquent, certaines femmes ne se présentent plus aux vaccinations sous prétexte que leurs enfants pleurent davantage ou tombent malades après les vaccinations.

De plus, dans le district sanitaire de Torrock, le système de troc existe pour faciliter l'accès aux soins aux personnes n'ayant pas de l'argent liquide. C'est ainsi que « Faire du troc » signifie « échanger des marchandises de valeur égale ou à peu près égale sans recourir à la monnaie ». Mutatis mutandis, dans le champ de la santé, sans recourir à la monnaie, j'ai assisté à des cas où les soignants du privé et du public acceptent soit de faire les soins ou de vendre des produits pharmaceutiques à leurs patients, en contrepartie des volailles, des ovins

ou des biens meubles apportés par la famille du malade et évalués approximativement aux valeurs de ces produits ou services rendus.

A travers ces différentes formes d'aides sociales, il est clair que le système sanitaire s'efforce de s'adapter au contexte rural où la pauvreté sévit.



Image 10. Un mouton troqué contre les soins médicaux au cabinet de la Médecine Traditionnelle Africaine, à Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017.

Conclusion

De ce qui précède, il est constaté des inégalités de santé relatives aux comportements diversifiés de différents groupes socio-professionnels face à l'hygiène ; ensuite, il existe aussi un déséquilibre entre les riches et les pauvres dans la quête des soins et l'inégalité de genre influencée par le poids socio-culturelle.

Toutefois, même s'il existe quelques mesures d'atténuation liées aux formes d'entraides sociales telles que : les cotisations de la population, les endettements, le troc, la gratuité des soins, il est constaté que face à la maladie, les femmes constituent la tranche de la population locale la plus vulnérable : les travaux ménagers et champêtres, le manque de sensibilisation et de suivi prénatal les exposent davantage aux maladies par rapport aux hommes ; alors que les garçons de moins de 14 ans sont bien plus nombreux à être malades par rapport aux filles, puisque la plupart des garçons de cet âge vont souvent paître les troupeaux et s'amuser dans les mares insalubres. Quant aux pauvres, du fait qu'il est difficile pour eux d'avoir accès aux soins de qualité, invoquant le manque des moyens financiers finissent le plus souvent à faire recours aux guérisseurs et aux infirmiers du quartier, comme l'on remarqué Jaffré et Olivier de Sardan (2003), dans leurs études dans quelques villes

d'Afrique de l'Ouest (Niger, Mali, Dakar). Dans la logique de cette recherche, il est aussi judicieux de comprendre comment les TIC sont utilisées à Torrock, dans la vie courante en général, et dans la santé particulièrement.

CHAPITRE 5 : UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION DANS LA SOUS-PREFECTURE DE TORROCK

Introduction

Dans toute société, les êtres humains en interaction constante entre eux-mêmes et avec la nature, ont développé des techniques particulières pour se nourrir, se protéger, s'habiller, se reproduire, dialoguer, partager des informations et se déplacer d'un point à un autre. De cette façon, les techniques, en voyageant dans le temps et dans l'espace, se sont de plus en plus perfectionnées, disséminées et adaptées dans les différentes localités du monde. A l'heure de la mondialisation où l'on assiste à une rapide circulation de savoirs à travers le monde, en Afrique en général, les TIC envahissent le quotidien des populations et ont joué des rôles cruciaux dans les révolutions arabes (Zouari, 2013 ; Gonzalez-Quizano, 2011 ; Boughzala *et al.*, 2012), au Tchad en général, l'utilisation des TIC par les jeunes est de plus en plus accrue, dans un contexte contraignant où les autorités publiques exercent un contrôle sur les réseaux de communication (Hoïnathy, 2016 ; de Bruijn, 2018). Malgré ces restrictions de l'utilisation des TIC pendant les crises au niveau national, dans la sous-préfecture de Torrock, les TIC sont de plus en plus adaptées dans la vie courante de la population. C'est ainsi que tout en comparant la lenteur d'un courrier postal par rapport à la rapide expansion actuelle des informations par le téléphone, le chef de village de Torrock, Pafing Souribé raconte.

« Ça là, c'est bien. Avant lorsque j'étais à l'école là, j'ai un frère à N'Djamena ou bien à Sarh, ou bien à Moundou là, il faut d'abord écrire la lettre, mettre dans l'enveloppe, aller à Pala pour poster... C'est l'avion qui amène le courrier maintenant... s'il y a les courriers de Moundou, il passe pour Bongor, jusqu'à N'Djamena. Peut-être pour un mois d'abord, que le frère va retrouver sa lettre. Maintenant quand on voit aujourd'hui dans un cas malade, mort à N'Djamena, j'entends aujourd'hui. Actuellement je suis en deuil hein, j'ai ma femme qui est morte là-bas à N'Djamena, ils vont l'enterrer aujourd'hui. C'est la femme d'un frère, c'est moi qui a hérité. Je n'ai pas les moyens d'aller, mais c'est les frères qui sont partis. Ça c'est l'appareil (téléphone) qui a dit. C'est rapidement non, la lettre là, de fois un mois. Celui qui vient à N'Djamena, il va trainer avec la lettre un mois, il ne va pas donner au frère...⁷³»

⁷³ Entretien du 23 août 2017 entre l'auteur et le chef du village de Torrock, réalisé dans la matinée à son domicile.

Ces propos mettent donc en évidence la révolution des TIC, qui se manifeste par une réduction rapide du temps et de l'espace, et une circulation rapide des informations jusqu'au plus profond des villages lointains. Comparativement à l'usage lent des courriers par le passé, le téléphone permet aux familles d'être en contact permanent en partageant leurs nouvelles. C'est ainsi que le rôle des TIC dans la construction et le raffermissement de l'identité d'une communauté ethnique à l'image des Hadjeray a fait l'objet des travaux de recherche (Seli, 2013). Cependant, l'objet de ce chapitre consiste à expliquer l'appropriation locale des TIC, les obstacles et les rapports complexes entre acteurs liés aux TIC. Ces objectifs sont essentiellement liés aux opportunités et défis des TIC. Au Tchad, même si la réglementation des TIC a connu une évolution, il est intéressant aussi de se poser la question de savoir comment la population de Torrock s'en approprie dans la vie quotidienne et comment-utilise-t-elle les TIC dans le système sanitaire? Un tel questionnement est important car d'une part, il permet de mieux comprendre l'élément fondamental du déploiement de la santé mobile dans une zone rurale, à savoir l'aptitude de la population locale à s'adapter aux TIC. D'autre part, ces interrogations me permettent d'expliquer sous l'angle de la théorie des relations entre technologies et société⁷⁴ et la théorie de la translation (Behrends et *al.*, 2014), l'interaction dynamique entre les acteurs locaux et les TIC, ensuite la manière selon laquelle ces artefacts technologiques sont transposées dans les réalités locales et adaptés dans la santé.

1. Du monopole étatique sur le secteur des télécommunications au Tchad à une libéralisation progressive

Il convient de rappeler que le secteur des télécommunications couvre un ensemble des techniques de communication à distance à savoir : les téléphones, radiodiffusions, télévisions, télex, télégraphies, informatiques, vidéographies etc. En ce qui concerne le Tchad, depuis la période précoloniale jusqu'à ce jour, les autorités étatiques contrôlent ce secteur. Ainsi, il ressort des travaux de Konodji Guelngar (2013 : 90-91), que pendant la période précoloniale les postes et télécommunications sont administrées par l'Office Equatorial des Postes et des Télécommunications⁷⁵, le premier service public gérant ce secteur est créé après l'indépendance du Tchad en 1964⁷⁶. Aussi la station de radiodiffusion est nationalisée par un décret-loi du 10 août 1963, sous le contrôle absolu de l'Etat. Selon l'auteur, la téléphonie fixe

⁷⁴ Bruno Latour, et Callon Michelle font partie des tenants francophones de cette théorie

⁷⁵ Les activités postales existaient déjà dans la région depuis 1900 pour assurer la communication entre la métropole et la colonie française.

⁷⁶ A noter que c'est par une ordonnance du 20 mars 1976, que l'Office National des Postes et Télécommunication voit le jour dans un contexte d'instabilité politique, qui fait suite au coup d'Etat complété contre le premier président N'Garta Tombalbaye (assassiné)

fut déjà introduite au Tchad par la France, probablement pendant la deuxième guerre mondiale entre 1939 et 1950 alors que la télévision tchadienne a vu le jour pendant le règne du président Hissein Habré, précisément le 10 décembre 1987, couvrant un rayon limité de 15 km. Après l'arrivée au pouvoir du président Idriss Deby en 1990 par un coup d'Etat, le gouvernement maintient toujours un contrôle strict sur les télécommunications⁷⁷. C'est à partir de 1994, que le domaine audiovisuel est officiellement libéralisé par l'adoption de la loi n°43/PR/94 relative à la communication audiovisuelle qui libéralise les ondes. Mais à cette époque-là, il n'existe pas encore d'acteurs privés dans l'audiovisuel. Or, sur le plan international, il existait déjà une mobilisation générale des organisations internationales et des ONG en faveur d'une société de l'information⁷⁸. Aussi, en mai 1996, la Commission Economique pour l'Afrique (CEA), élabore pour l'Afrique un programme continental d'appropriation des TIC. Au Tchad, dans un contexte politique marqué par la Conférence Nationale Souveraine dont l'ouverture eut lieu le 15 janvier 1993 et les préparatifs des premières élections présidentielles qui eurent lieu en 1996 et gagnées par Idriss Deby. Alors que le cap des années 2000 marque l'expansion des TIC dans le monde, le Tchad essaye petit à petit de s'arrimer à cette nouvelle donne. Car selon Seli (2013 : 144), « *conscient de son enclavement, de sa dépendance vis-à-vis de ses voisins pour son accès à la mer, de la faiblesse de ses infrastructures de communications et surtout tant sur le plan de l'emploi que sur le plan de la desserte que pourraient procurer les TIC, le Tchad a adhéré à toutes les initiatives allant dans le développement de celles-ci* ». C'est ainsi que le 19 novembre 1997, il y'eut la première connexion internet à N'Djamena, à travers le réseau « *tchadnet* », et la même année est créée la radio communautaire la *Voix du Paysan* de Doba. Ensuite c'est le 17 août 1998 que le secteur des télécommunications est libéralisé au Tchad par la loi n°09/PR/98, portant sur les télécommunications (Konodji Guelngar, *op. cit*). Cette décision est prise dans un monde post-guerre froide où le libéralisme est perçu comme un modèle susceptible de favoriser le développement socioéconomique des peuples. Désormais, le secteur des postes et télécommunications au Tchad, est géré par des acteurs étatiques sous la tutelle du ministère de la communication et du ministère des postes et télécommunication⁷⁹

⁷⁷ Sortant d'une longue période de guerre, les répressions des journalistes persistaient toujours après l'arrivée au pouvoir du président Idriss Deby

⁷⁸ Ensuite, par une ordonnance du 20 mars 1976, l'Office National des Postes et Télécommunication voit le jour dans un contexte d'instabilité politique, qui fait suite au coup d'Etat comploté contre le premier président N'Garta Tombalbaye

⁷⁹ Ce sont par exemple : la Société Tchadienne des Postes et de l'Épargne (STPE) créée en 1998 (loi n°008/PR/98) et dont le rôle est d'exploiter les activités postales et les services financiers postaux ; la Société des Télécommunications au Tchad (SOTEL) créée le 17 août 1998, inaugurée le 1^{er} juin 2000 et deux autres organismes étatiques de contrôle de la

A la suite de cette libéralisation du secteur des télécommunications en 1998, des acteurs privés s'activent aussi à se faire une place dans ce domaine en plein essor. Tout d'abord, la téléphonie mobile voit le jour au Tchad en octobre 1999 par l'implantation de l'opérateur mobile *Libertis*⁸⁰. La même année, la station radio Dja FM de N'Djamena ouvre ses portes⁸¹. Concernant l'audio-visuel, la télévision tchadienne est sur satellite depuis 2008. Aussi d'autres télévisions privées sont créées à l'exemple d'*Alnassour* et *Electron Television* (ETV). En plus des fournisseurs internet se sont multipliés (PRESTABIST, ALBIDEYNET, SAONET, GAZELLE TELECOM, MIRACLE TELECOM...)

2. L'implantation et l'appropriation des TIC à Torrock

A Torrock, les TIC à l'exemple des téléphones, cartes mémoires, clé USB, ordinateurs, les radios et la télévision sont utilisées aussi bien dans les activités commerciales que dans la vie courante de la population. Mais tout d'abord, il est utile de comprendre l'avènement des TIC à Torrock. Comme nous l'avons souligné ci-dessous, l'implantation des TIC dans la sous-préfecture de Torrock est profondément liée à l'histoire des TIC au Tchad en général. Ainsi, il ressort des entretiens effectués à Torrock dans le cadre de cette recherche que les radios sont des outils technologiques les plus anciens utilisés bien avant les 1970 par les colons, les chefs de villages ou certains enseignants alors que la télévision et les téléphones sont progressivement vulgarisés vers la fin des années 1990 et 2005, au moment où le secteur des télécommunications est libéralisé au Tchad. A cette époque, ceux qui utilisaient ces outils sont soit des autorités locales, les fonctionnaires ou d'autres riches commerçants ou particuliers qui faisaient la navette entre les grandes villes et le village. Ces personnes se comptaient au bout des doigts et servaient de relais pour les autres villageois qui voulaient entrer en contact avec leurs proches parents vivant en ville. L'usage des téléphones était difficile car, pour capter le réseau du premier opérateur mobile *Libertis* les utilisateurs montaient sur des collines ou les arbres et les crédits de communication coûtaient au moins cinq mille FCFA. Ensuite, c'est entre 2009 et 2010, lorsque les opérateurs de téléphonie mobile *Airtel* et *Tigo* ont implanté leurs antennes à Torrock que la communication

communication audiovisuel et la presse écrite à savoir le Haut Conseil de la Communication et l'Office Tchadien de Régulation des Télécommunications (OTRT), créé le 17 août 1998 et devenu en 2014, Autorité de la Régulation des Communications Electroniques et des Activités Postales (ARCEP).

⁸⁰ C'est à partir des années 2000, d'autres opérateurs mobiles font leur apparition au Tchad à l'exemple d'*Airtel* Tchad (2000)⁸⁰, *Millicom* Tchad (2004), *Salam* (2005), *Tawali*, et *Sotel*. Ainsi, en 2013, la couverture téléphonique est étendue à 363 villes et 31000 villages et le taux d'accès à la (Konodji Guelngar, 2013 : 131).

⁸¹ A travers le Tchad, d'autres stations radios communautaires ou confessionnelles se sont multipliées. Exemple : *FM liberté* de N'Djamena (2000), *Terre Nouvelle* de Bongor (2000), *Lotiko* de Sarh (2001), *Effata* de laï (2005), *Duji Lokar* de Moundou (2000), *Arc-en-ciel* de N'Djamena (2005)...

téléphonique sans fil s'est nettement améliorée. Depuis lors jusqu'à ce jour, les TIC à l'image du téléphone, de l'internet, de la radio et de la télévision sont de plus en plus utilisés à Torrock aussi bien dans les activités commerciales que dans la santé. C'est ainsi que Gong Toumba Dadina Wassou Zoutenet, le chef de canton de Goïgoudoum explique la pénétration de la téléphonie dans sa localité en ces termes :

« C'était surtout en 2004 là, ici au village, mon père utilisait le *touraya* (téléphone satellitaire), c'était le chef de canton, il avait le *touraya*. Là tout le monde qui veut parler à son enfant qui est en ville et qui détient déjà un téléphone là ; dans le canton tout entier on vient ici chez nous, avec son *touraya*, il te permet de parler avec ton enfant. En 2005 déjà là, il y'avait le téléphone. En 2004 là même, il y'avait une mission de contrôle, qui sont venus arracher déjà son *touraya*. On lui a envoyé un téléphone Nokia, ab torche entre temps là ; y a un cousin qui lui a envoyé ça. C'était avec ça de la fin 2004 jusqu'à 2005, il travaillait avec ça. En 2005 là c'était tout le monde qui en a acheté aussi (les gens commençaient déjà à utiliser le téléphone) ; ou bien les enfants riches qui achètent depuis là-bas (les villes) pour envoyer ça à leurs parents au village. Donc c'était commencé en 2004 avec le *touraya* de mon père⁸² ».

Il ressort de ces affirmations qu'au départ, le téléphone était un bien de luxe détenu soit par les autorités locales à l'image du chef de canton ou soit encore par les parents dont les enfants riches résidaient en ville. Toutefois, ces derniers faisaient profiter de l'utilité du téléphone aux autres villageois défavorisés. D'où l'existence jusqu'à ce jour d'une forme de solidarité entre les villageois autour du téléphone.

2.1. Les activités commerciales autour des téléphones mobiles, les cartes mémoires, les clés USB et les ordinateurs portables

Cette étude effectuée dans une zone rurale, s'intéresse particulièrement aux activités qui se développent autour des téléphones mobiles, les cartes mémoires, les clés USB et les ordinateurs portables. Cependant, la téléphonie est incontestablement le secteur de la télécommunication le plus utilisé dans les zones rurales et génèrent beaucoup d'activités lucratives.

De prime abord, il est frappant de constater que dans les marchés hebdomadaires de la sous-préfecture de Torrock, il y a de plus en plus des jeunes garçons portant des gilets rouges ou bleus (marqués par les insignes des deux opérateurs de téléphonie au Tchad à savoir *Airtel* et *Tigo*) assis dans leurs boutiques ou marchant dans les rues, les mains chargées de téléphones ou des cartes SIM. Ces garçons pour la plupart des élèves ou des débrouillards vendent les crédits de communication, le service de transfert d'argent par téléphone ou encore

⁸² Extrait d'un entretien avec Gong Toumba Dadina Ouassou Zoutenet, réalisé par l'auteur au domicile du chef de canton le 20 août 2017.

les cartes SIM. Danay Jean-Baptiste, un jeune élève de 19 ans qui se débrouille pendant les vacances à vendre du crédit, explique à sa manière ses déplacements vers la clientèle et ses rapports avec son patron.

« Je vends les SIM et les téléphones Tigo. Je suis venu ici à Torrock presque trois fois déjà. Ici à Torrock, les gens utilisent mieux le téléphone par rapport aux autres villages que j'ai fait. C'est version appel qu'ils utilisent plus, ils aiment trop le Tigo cash. Ça veut dire quand tu mets crédit de 500 francs, tu as bonus de 500 francs (...) les affaires là, ça marche, mais je n'ai pas encore duré, c'est un mois. On a notre boss (à Pala), si les produits (téléphones, cartes SIM, crédits de transfert) ne sont pas là, il part chercher pour nous amener, parfois il part à Kélo. Un jour du marché, parfois je vends dix cartes SIM⁸³».

Ainsi, on constate bien que derrière le vendeur local des services et produits téléphoniques, existe un agent commercial en relation directe avec l'opérateur mobile. Ces agents voyagent de village en village, à la conquête du client potentiel. En définitive tous ces trois acteurs commerciaux trouvent leur compte dans cette relation intéressée. Pour commencer une telle activité, l'intéressé peut se présenter, auprès de la succursale d'un opérateur de télécommunication *Millicom (Tigo)* ou *Airtel*, située à Pala ou Fianga. L'opérateur ouvre une ligne de transfert de crédit sur la SIM du client à 5000 FCFA ou achète une SIM de transfert, l'identifie à travers son nom d'état civil et son lieu d'exercice commercial. Ensuite ce dernier, bénéficiant d'un gilet ou des autocollants aux couleurs et insignes de l'opérateur, l'introduit dans un téléphone pour l'activer et commencer la vente de crédits aux clients. Pour un transfert de crédit *Airtel* de 1000 FCFA, l'agent de transfert a un bénéfice de 100 FCFA. A Torrock, la majorité des utilisateurs ont des cartes SIM *Airtel*. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'au départ, le réseau de cet opérateur est le premier à être installé en 2009 à Torrock alors qu'il a fallu un an plus tard pour que celui de *Tigo* soit implanté. Néanmoins, les utilisateurs de *Tigo* sont de plus en plus croissants dans la région. Pendant le séjour de cette recherche, plusieurs fois les agents de cet opérateur sont perçus au marché de Torrock, vendant des téléphones, de crédits de communication et des cartes SIM.

⁸³ Entretien du 10 juillet 2017 réalisé par l'auteur, au centre urbain de santé de Torrock



Image 11. Agents de transfert de crédit de communication au marché de Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017

En dehors de ces activités, il se développe aussi d'autres affaires autour du téléphone. Ce sont, la charge des batteries, la vente et le dépannage des téléphones. Concernant la charge des batteries, c'est l'une des activités les plus rentables autour du téléphone. Elle se justifie par le fait que Torrock est une zone rurale qui se confronte au sérieux problème de manque d'énergie électrique. Ainsi localement, si les personnes les mieux nanties utilisent les groupes électrogènes ou les panneaux solaires personnels pour charger leurs téléphones ou ceux de leurs connaissances, la majorité d'entre elles, pour avoir de l'énergie dans leurs téléphones s'orientent dans les kiosques ou dans les postes de gardiennage des antennes *Tigo* ou *Airtel*, pour charger leurs téléphones moyennant 100 FCFA par appareil. Les personnes qui se livrent à cette activité possèdent des groupes électrogènes, fabriquent ou achètent des multiprises qui peuvent contenir de nombreux téléphones. A chaque dépôt d'un téléphone, l'agent chargeur de batterie marque un numéro sur un ruban adhésif fixé soit sur la batterie ou le téléphone du client et lui remet un ticket au même numéro. Ce dernier reviendra plus tard chercher son appareil, grâce à son ticket. Ainsi, dans un kiosque, une même personne peut à la fois vendre le transfert de crédit, de musique et charger les batteries. De même, les gardiens des antennes *Tigo* et *Airtel*, développent une activité parallèle de charge de batterie des appareils mobiles, grâce à l'énergie fournie par le groupe électrogène de leurs postes. Dans les marchés hebdomadaires, ces agents sont facilement identifiables car non seulement leurs kiosques portent les insignes de ces opérateurs de téléphonie mais, grâce à leurs baffles et lecteurs de carte mémoire, ils animent aussi les marchés par des sonorités locales. Dans ce même univers,

existent des commerçants qui vont de marché en marché vendre des téléphones mobiles. Aussi dans les zones rurales, à cause du défaut d'énergie, les populations ont une préférence aux téléphones dont les batteries sont résistantes. Toutefois, les personnes ayant un niveau de vie supérieur à la moyenne (enseignants, hommes d'affaires, autorités locales) utilisent de plus en plus les smartphones.

Aussi convient-il de souligner qu'il existe un service après-vente qui consiste à dépanner un appareil mobile. Ceux qui excellent dans ce domaine ont un minimum de savoir-faire. Cependant, force est de constater que ce sont le plus souvent les réparateurs de radio et télévision, qui sont aussi capables de réparer les téléphones mobiles. Ces individus s'installent dans les petits marchés où ils offrent leurs services aux clients. Leurs réputations varient d'une personne à une autre. Ceux qui attirent beaucoup de clients sont perçus comme bien plus compétents que les autres.

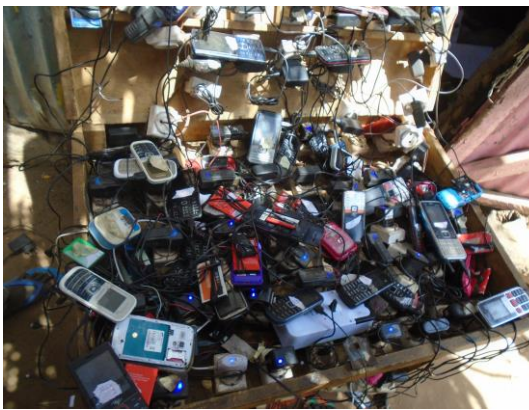


Image 12. Atelier de transfert de crédit de communication et de charge des batteries de téléphone à 100 FCFA au marché de Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017



Image 13. Un technicien réparant des téléphones et des radios au marché de Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017

En ce qui concerne les autres outils technologiques (les cartes mémoires, les clés USB et les ordinateurs portables), les recherches de terrain montrent que dans les marchés hebdomadaires des villages de Torrock, l'on peut remarquer que dans les boutiques ou les cabines de transfert de crédits, les radios branchées aux clés USB ou aux cartes mémoires, jouent des musiques diverses. C'est une façon propre à ces acteurs, de faire de la publicité de leur service en attirant la clientèle. En effet depuis quelques années, on constate une

prolifération de ces supports qui permettent de transférer les medias audiovisuels d'un appareil à un autre. Les cartes sont de plus en plus utilisées dans les téléphones mobiles. C'est pourquoi, parfois dans ces marchés, il existe aussi quelques jeunes qui, pour se débrouiller utilisent leurs ordinateurs portables pour transférer des musiques ou films audio-visuels dans les cartes mémoires, les clés USB ou les appareils téléphoniques, moyennant une somme d'argent. Autour de ces activités, il se développe également le commerce des radios à lecteur de carte mémoire et clés USB dans les marchés.

2.2. L'utilisation des TIC dans la vie courante

Dans la sous-préfecture de Torrock, l'utilisation courante des TIC varie en fonction de l'âge, du genre et du groupe socio-professionnel.

En ce qui concerne l'influence de l'âge, il est difficile de savoir avec exactitude l'âge des utilisateurs mais selon les observations de terrain, la tranche d'âge de la plupart d'entre eux varie entre 16 ans (âge supposé des collégiens) et plus⁸⁴. Alors que les plus jeunes s'intéressent à l'internet, aux jeux, aux musiques, aux SMS, les plus âgés utilisent bien plus les appels et les cartes mémoires. Ainsi, il ne fait aucun doute que ces utilisateurs utilisent le téléphone dans le cadre familial, amical et professionnel.

Quant à la radio (radio Terre nouvelle de Bongor, la RFI, RNT, radio soleil de Pala), malgré les perturbations des ondes dans la sous-préfecture, les adultes alphabétisés ont tendance à l'utiliser pour suivre les informations, alors que ceux qui ne le sont pas l'utilisent bien plus pour suivre les musiques. Encore qu'il faut avoir les moyens financiers pour s'en procurer.

L'utilisation de la télévision est rare. Ceux qui l'utilisent sont considérés comme riches. Par exemple, tous les soirs à Torrock, il est frappant de constater qu'une télévision dans une auberge-bar attire des jeunes tout autour.

Le facteur genre entre aussi en jeu dans l'usage des TIC. En effet, dans cette zone rurale, aussi bien en ce qui concerne les radios, les télévisions ou les téléphones, on constate bien plus une utilisation massive des hommes par rapport aux femmes. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en général, la société tchadienne étant patriarcale, le pouvoir économique et le pouvoir de décision reposent davantage sur les hommes que les femmes (cf.

⁸⁴ Cette tranche d'âge peut être relativisée car par exception dans les ménages dont le niveau économique est supérieur à la moyenne, les enfants de moins de 16 ans peuvent déjà être en contact avec les TIC.

infra, 4.3. le poids de la tradition). Par conséquent, la possession d'un téléphone par une femme mariée est soumise dans certains foyers à la décision du mari, qui refuse que son épouse en possède, parce que cette dernière risque d'être infidèle.

Certains hommes pensent que les femmes sont négligentes dans l'utilisation du téléphone qui est pourtant cher. Au village, il arrive bien souvent qu'elles le perdent facilement ou l'endommagent. Autrement dit, selon eux, dépenser de l'argent pour acheter du téléphone pour une femme, c'est comme faire des dépenses presque inutiles. C'est ce qui ressort des propos de Faba Pahimi, un enseignant et père de famille, dans un focus group organisé à Gouin.

« L'utilisation de l'appareil là, ça rend beaucoup de services. Ce n'est pas seulement pour la famille, ni seulement pour les urgences, donc l'appareil est un affaire de tous. On accuse les copains et copines, tout ça des futilités (...) quelque fois les hommes accusent les femmes ce n'est pas seulement pour le problème de copines ou copains quoi. Quand tu achètes le téléphone aux femmes là, de fois elles jettent alors que c'est cher à acheter. Elles n'utilisent pas, elles déposent au feu ou bien jettent de l'eau sur ça. De fois aussi, elle part à la rivière pour chercher l'eau, elle oublie le téléphone là-bas ... en un seul mois, il faut acheter trois ou quatre téléphones aux femmes, c'est de dépenses n'est-ce pas. Donc chez les hommes là, ceux qui refusent de payer le téléphone aux femmes là, c'est ça. Elles sont négligences pour le téléphone n'est-ce pas ... ⁸⁵ »

Ces propos ne sont pas complètement dénués de sens, mais mettent en évidence les conditions austères dans lesquelles vivent les femmes rurales et qui dans certains cas, sont difficiles avec la possession d'un appareil mobile. Selon les observations de terrain, la plupart du temps les femmes rurales de Torrock sont occupées à faire les travaux ménagers et champêtres, chercher des fagots en brousse, faire les petits commerces, préparer et vendre de la *bili*, cueillir des légumes, parfois traverser des fleuves pour aller au champ, prendre soin des petits enfants... Dans ces conditions pénibles, entretenir un appareil si sensible comme le téléphone peut paraître pour certaines d'entre elles, compliqué. Car au village, l'usage du sac à main est rare contrairement aux dames des villes. Pire encore, la majorité d'entre elles étant analphabètes, ne savent pas si le téléphone peut être endommagé par l'eau, le feu ou le soleil si on ne leur explique pas. Ces conditions sociales de luttent pour la survie de la famille dans lesquelles vivent les femmes rurales sont défavorables avec l'utilisation d'un appareil portable. Ces femmes ont donc beaucoup plus besoin du temps et de l'effort pour s'habituer à supporter les caprices d'un appareil téléphonique.

⁸⁵ Focus group tenu au village de Gouin le 19 juillet 2017, sous un figuier situé à trente mètres environ, du côté ouest du centre de santé.

Par exception, il est important de souligner que les femmes instruites sont davantage enclines à utiliser un téléphone, une radio, ou une télévision ; alors que celles qui ne le sont pas, utilisent ces technologies rarement car, cela nécessite la moindre aptitude intellectuelle. C'est pourquoi de nos jours, les jeunes femmes mariées ayant un niveau scolaire primaire, secondaire ou plus, utilisent de plus en plus ces outils technologiques (cf. infra, 4.2 les obstacles liés à l'analphabétisme).

Quant aux hommes, bien qu'ils effectuent aussi des travaux champêtres, ils sont épargnés des travaux ménagers et peuvent facilement protéger leurs téléphones soigneusement rangés dans leurs poches⁸⁶.

Enfin, l'utilisation des TIC varie aussi fortement en fonction des groupes socioprofessionnels dans la zone de Torrock. Car, la possession des outils technologiques, requiert non seulement des moyens financiers, mais aussi une compétence cognitive. Les TIC ne sont pas utilisées de la même manière chez les cultivateurs et les éleveurs, les commerçants, les fonctionnaires, les professionnels de santé...

Par exemple, en zone rurale si la plupart des personnes issues des différentes catégories socioprofessionnelles ont accès au téléphone portable, l'achat d'une télévision par contre requiert en même temps une dépense supplémentaire pour le groupe électrogène, le carburant, l'antenne parabolique ou le panneau solaire et la batterie. La télévision est ainsi considérée comme un bien de luxe par contre le téléphone est largement utilisé localement par le villageois moyen. Toutefois, des difficultés subsistent dans l'usage de ces technologies.

2.3. Les TIC comme outils de mobilisation de masse

Un mardi du 25 juillet 2017, aux environs de 9 heures, je prenais part à une réunion de plaidoyer pour l'introduction du nouveau vaccin contre la méningite⁸⁷ dans le PEV de routine, à la sous-préfecture de Torrock. Les participants concernés sont le MCD, les autorités et les responsables de l'administration locales. Lorsque j'étais arrivé, les premières personnes qui étaient au rendez-vous étaient le sous-préfet et le MCD. Alors que nous échangeons les civilités, avant même que les autres n'arrivent le MCD demande au sous-préfet s'il a réussi à contacter les autres participants. Alors ce dernier répond qu'il a appelé par téléphone les trois chefs de canton et les autres responsables ; le chef de canton de Torrock est occupé, mais il

⁸⁶ Cela n'exclut pas que certains d'entre eux perdent leurs téléphones. Mais ces pertes sont minimes comparées aux femmes

⁸⁷ C'est le vaccin MENAFRIVAC. Il est de type est de type expérimental et cible les enfants de 9 mois. Le Tchad est le troisième pays après l'Inde et le Mali être choisi par l'OMS pour le test.

envoie son représentant. Quant aux autres, ils seront là. Puis, petit à petit aux environs de 15 minutes plus tard, les participants annoncés sont venus à l'exception des deux autres chefs de canton, occupés. Et la réunion commença pour finir en beauté une heure plus tard par un cocktail.

Parmi tant d'autres anecdotes similaires, cette histoire vécue personnellement souligne que dans les zones rurales de Torrock, le téléphone est un puissant outil de rassemblement rapide des personnes autour d'une réunion, d'un cas de deuil, d'une fête, des travaux champêtres de groupe... Il suffit d'avoir le numéro du destinataire, ensuite un appel ou un SMS et ce dernier pourrait être contacté, à condition que son téléphone allumé soit à sa portée et que le réseau ne perturbe pas.

De plus, les listes de présence qui circulent pendant les réunions ne manquent pas de demander aux participants de préciser les noms et les numéros de téléphone. Cela prouve à suffisance que le répertoire constitué pourrait servir prochainement de contacter les participants. Si la population locale s'approprie aisément les TIC dans les activités génératrices de revenus, la vie courante et dans les mobilisations de masse, il n'en demeure pas moins que les acteurs du système sanitaire s'en approprient aussi dans leurs activités.

3. L'usage des TIC dans la santé

A Torrock, les soignants utilisent les TIC pour améliorer leur travail dans les consultations et les cas d'urgence; la collecte et l'envoi des données sanitaires; la communication interpersonnels.

3.1. Usage des TIC pour les consultations et les cas d'urgence

Le personnel soignant et les patients utilisent les TIC aussi bien dans les consultations que dans les cas d'urgence.

Premièrement, lorsque dans la prise en charge d'un malade, les agents de santé se confrontent à l'incertitude de l'état pathologique du patient, ils font recours à un laborantin, manipulant son microscope pour examiner le sang, l'urine, la salive ou les selles du malade afin de déterminer les causes de la maladie du patient. C'est sur la base des résultats des analyses du laborantin que l'agent de santé consultant peut prescrire une ordonnance au patient, le conseiller et le suivre. Les microscopes sont donc des outils efficaces d'aide à la

consultation et à la prise en charge du patient. A ce titre, cet appareil électronique et mobile permettant d'analyser l'information médicale est une pièce maitresse dans un laboratoire.

C'est ainsi que pendant la période où cette recherche a eu lieu, il est constaté que dans le centre de santé urbain de Torrock, les centres de santé de Balani, de Mabassiackré, de Fama et de Mbibou, les laborantins utilisent des microscopes mobiles pour leurs analyses. Les centres de santé de Goïgoudoum et de Gouin possèdent aussi des microscopes mais, il n'y a pas de laborantins formés pour les utiliser. Les microscopes sont des matériels coûteux⁸⁸, nécessitant un agent qualifié pour les utiliser. Dans les zones rurales de Torrock le besoin des laborantins est pressant. En général, les microscopes sont soit achetés grâce aux recettes du centre de santé (c'est par exemple le cas du centre de santé de Fama), soit offerts par le projet *Dawa Mobile* aux centre de santé urbain de Torrock et les centres de santé de Gouin et de Goïgoudoum (cf. infra : la particularité du projet *Dawa Mobile*).

Concernant les coûts des analyses biomédicales dans les centres de santé, cela varie du type d'examen à faire et parfois, d'un centre de santé à l'autre. A titre d'exemple, dans le centre de santé de Balani, l'examen le moins cher est celui des selles qui coûte 300 FCFA, alors que l'un des plus chers est celui du *Vidal* (fièvre typhoïde) qui coûte 2000 FCFA. Ainsi, bien qu'il coûte cher, un microscope permet aussi à un centre de santé d'augmenter ses recettes quotidiennes, lorsqu'il est bien entretenu et rationnellement utilisé.

Par ailleurs, il ressort des enquêtes de terrain que d'autres types d'appareils sont également utilisés dans les consultations. C'est le cas des agents du cabinet biomédical de médecine traditionnelle⁸⁹, qui utilisent pendant les consultations, un scanner quantum, saisi par le patient, et qui détecte à l'aide d'un ordinateur portable, les pathologies dont souffre le patient. Ce type de consultation coûte 1000 FCFA, mais ce sont les produits vendus par ce cabinet qui sont perçus comme chers par les patients. Bien que la crédibilité de ce type d'appareil soit mise en cause par les professionnels de la santé publique, son usage au terrain bénéficie d'une grande adhésion et admiration par la population locale.

Deuxièmement, un « cas d'urgence » est perçu comme étant l'état grave d'un malade qui nécessite rapidement une assistance médicale appropriée ou bien une évacuation sanitaire vers l'hôpital de Pala. Car, les zones rurales de Torrock sont non seulement isolées et

⁸⁸ Le prix au marché est variable en fonction de la qualité du matériel. Les microscopes utilisés dans les centres de santé visités coûtent à peu près 1 million de FCFA l'unité.

⁸⁹ Comme souligné au chapitre 2 c'est un cabinet installé à Torrock pour six mois depuis juillet 2017, et officiellement dénommé « Médecine Traditionnelle Africaine »

difficiles d'accès, mais les structures sanitaires existantes sont faiblement dotées en ressources matérielles et humaines. Le district étant sous-équipé, le MCD ne peut même pas faire une opération chirurgicale. Dans ce contexte rural, les téléphones mobiles sont les TIC les plus utilisées par la population, ce sont des outils efficaces pour les communications rapides entre les soignants et les malades en cas d'urgence. C'est pour cette raison que dans les entretiens effectués et les observations du terrain, lorsqu'un patient arrive dans un centre de santé et que l'agent de garde est absent, il peut directement l'appeler sur son téléphone ou bien lorsqu'un malade est conduit au centre de santé dans un état aggravé, l'agent de garde peut soit contacter l'infirmier-major par son téléphone ou soit appeler au plus vite l'ambulancier pour évacuer le malade à l'hôpital de Pala. Dans ces situations urgentes, le téléphone accélère la prise en charge d'un patient soit en rappelant un agent de santé absent de son poste, soit en contactant au plus vite l'ambulance pour faciliter le transfèrement d'un malade.

Par exemple Blanga Edouard, âgé de 37 ans, laborantin au centre de santé de Fama, situé à environ 14 km du district sanitaire de Torrock, se souvient d'une situation urgente où le téléphone a permis de sauver un malade.

« ... Le téléphone ça nous aide par rapport à l'autre là... passer la communication entre nos hiérarchies et puis le centre. Quand je donne un exemple maintenant le gouvernement a mis en place l'ambulance à la disposition des femmes en grossesse, à l'urgence surtout. En cas d'urgence on passe l'appel. Exemple y'avait un cas d'accouchement. La femme-là, elle vient de la zone B, à Bring (village situé à environ 10 km du centre de santé de Fama), elle était venue ici, elle a accouché mais y'avait une déformation de l'enfant. Quand l'enfant était sorti là, la femme était tombée dans le coma. Entre temps, son mari, c'est quelqu'un qui est illettré, il n'avait même pas un numéro de téléphone pour son village. Et nous, on était avec le major, on s'est occupé d'elle. Même on l'a perfusée là. Le mari était là, il n'avait pas de téléphone. Et le major a utilisé son téléphone pour appeler l'ambulance. C'est vers 21 h comme ça. C'est autour de l'an 2014. Et puis l'ambulance est venue rapidement et puis on l'a sauvée, pour l'évacuer à Pala. L'enfant-là était mort là-bas ...⁹⁰ (mais la mère a pu être sauvée)»

Parmi les nombreuses histoires vécues par ce laborantin, celle-là explique aussi à quel point l'appel téléphonique effectué par l'infirmier-major a permis de sauver une femme qui vient d'accoucher dans des circonstances difficiles même si son enfant né dans un état morbide n'a pas survécu. Dans cette circonstance, le téléphone est un lien direct et rapide entre l'ambulance et le centre de santé. Cette reconnaissance de l'importance du téléphone par

⁹⁰ Entretien réalisé par l'auteur le 28 août 2017 au laboratoire du centre de santé de Fama. Blanga Edouard est marié et père de 4 enfants

les agents de santé se manifeste aussi à travers la liste des noms et numéros de téléphone des agents de santé affichée sur les portes d'entrée des dispensaires⁹¹.

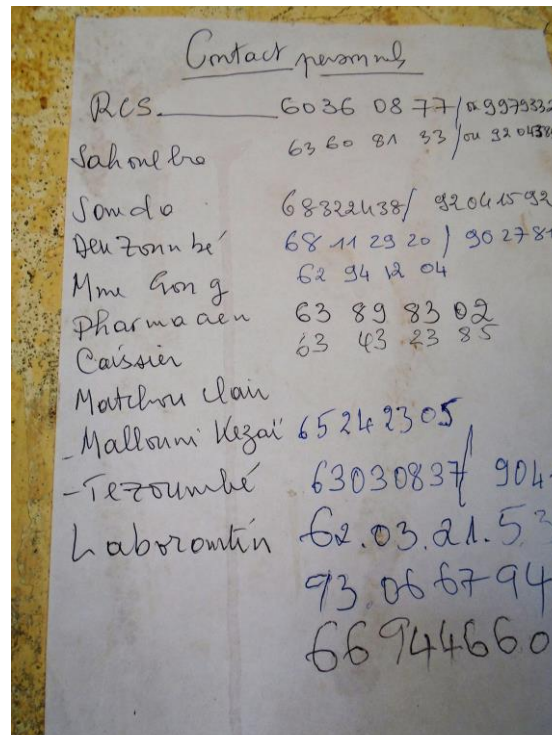


Image 14. Listes des noms et contacts téléphoniques des agents de santé, affichée à l'entrée de la salle de consultation du centre de santé urbain de Torrock, Oumar Abdelbanat, 2017.

En dehors des centres de santé il convient aussi de souligner que certains guérisseurs utilisent aussi le téléphone pour conseiller leurs patients, suivre l'évolution de leur état de santé et parfois fixer des rendez-vous pour les consulter. Breye Zouah, âgé de 47 ans est un guérisseur issu du village de Mbibou, dans le canton Goïgoudoum. Grâce à son téléphone, il est en contact permanent avec ses patients qui sont à Moundou ou à N'Djamena. C'est par ce biais, qu'il effectue des voyages pour les consulter. C'est ainsi qu'il dit lors d'une entrevue au marché de Torrock:

« J'utilise le téléphone parce qu'une fois quand je viens envers le patient, je prends son contact, lui il prend mon contact (téléphonique). Une fois quand je rentre au village, on se communique pour savoir comment la manifestation de sa maladie, comment il prend les produits, c'est comme ça ...⁹²»,

Dès lors, il est important de souligner que selon ce dernier, le téléphone facilite la communication avec ses patients quelle que soit la distance qui les sépare.

⁹¹ Le danger avec cette manière de faire c'est qu'elle risque d'encourager les absences répétitives des agents de leur poste, obligeant les villageois à dépenser du crédit pour les contacter en cas d'urgence

⁹² Entretien réalisé par l'auteur le 12 juillet 2017

De même, Mohamed Fekou, un naturopathe rencontré aussi au marché de Torrock raconte l'utilité du téléphone pour son métier : « *le téléphone, quand je prends un patient, je prends son numéro. Parfois, ils ont aussi mon numéro. Après j'appelle, je demande comment il prend le traitement ? Comment ça s'améliore ? Parfois, ils m'appellent aussi quand ils sont dans le besoin, ainsi de suite*⁹³ »

3.2. La collecte et l'envoi des données sanitaires

Dans le cadre de leur travail, les responsables du district sanitaire de Torrock à savoir le MCD, le chef des zones de responsabilité et parfois les responsables des centres de santé utilisent l'ordinateur, le téléphone portable et l'internet dans leurs travaux.

Tout d'abord ces travaux consistent à collecter les données sanitaires relatives au rapport mensuel d'activités (qui fait un bilan des consultations, accouchements, de la prévention de la transmission mère-enfant, de la planification familiale, du PEV, des problèmes spécifiques de santé, des logistiques médicaments et de la gestion communautaire) et les données de vaccination contre la poliomyélite et d'autres problèmes de santé constatés dans leurs dispensaires. Ensuite après les réunions de validation de ces données, le MCD envoie ces données par internet à la délégation sanitaire, qui les envoie au ministère de la santé.

De la même manière, les données relatives au paludisme sont collectées par les responsables des centres de santé et envoyées au point focal de lutte contre le paludisme (chef de zones de responsabilité) ; ce dernier les traite et les envoie à son tour au Programme National de Lutte contre le Paludisme, basé à N'Djamena. A ce titre Zouzabe Dontoné Alphonse le chef de zones de responsabilité explique son travail :

« Premièrement le téléphone ça nous permet de faire la communication. Par exemple, moi hebdomadaire, je transmette les données de la surveillance (épidémiologique). Je transmets au niveau des cases, chef d'antenne, dans la délégation régionale. Chaque samedi à la fin de l'heure, il faut que je transmette ces données. Tout ce qui se passe sur les maladies sous surveillance, j'envoie, par message s'il y a pas crédit et par appel, s'il y'en a. et de 2 ordinateur ça nous permet de cumuler, de saisir nos rapports. Par exemple, moi je saisis RMA, rapport mensuel d'activité et je saisis aussi, ou PEV de routine, je saisis rapport PTME⁹⁴, je saisis aussi le rapport de paludisme. Donc tout ça, c'est à saisir (chaque fin de mois)⁹⁵ »

⁹³ Entretien réalisé par l'auteur au marché de Torrock le 21 août 2017.

⁹⁴ Prévention de la transmission mère - enfant

⁹⁵ Entretien réalisé par l'auteur le 20 août 2017 au district sanitaire de Torrock

Ce chef des zones de responsabilité souligne bien l'utilité des outils technologiques à l'image des ordinateurs et des téléphones dans le travail d'un agent de santé, amélioré par la constitution d'une base des données numériques sur la santé et les échanges des informations entre les agents. Sur ce point, les techniques utilisées sont les appels téléphoniques, les SMS et l'internet ; mais cela dépend parfois de l'aptitude financière et cognitive des agents.

De plus, c'est important de souligner que pour le traitement des données pharmaceutiques, les agents de la PRAMK utilisent des ordinateurs qui leur permettent de traiter les rapports financiers et les stocks de médicaments.

3.3. Les communications entre les agents de santé

A l'heure où les téléphones mobiles sont de plus en plus vulgarisés, les agents de santé communiquent souvent entre eux par ces outils. Les centres de santé étant éloignés, le maintien des communications est nécessaire entre les agents de santé et leurs supérieurs hiérarchiques. De ce fait, l'usage du téléphone entre ces agents est fréquent en cas de convocation de réunion, d'un transfert d'urgence d'un malade, des commandes de médicaments ou de tout autre problème de santé.

Par le téléphone, les distances longues entre les acteurs de la santé publique que sont la direction du district, le centre de santé urbain Torrock, les centres de santé, la PRAMK, la délégation sanitaire, le ministère de la santé et les Programmes nationaux sont virtuellement raccourcis pour rendre les services de plus en plus rapide et efficace. En conséquence, cette amélioration du travail des agents de santé permet de sauver d'avantage des vies humaines et de contribuer à développer les zones rurales. En dehors de ces usages technologiques par les soignants, les moyens de transport joue un rôle important dans la communication sanitaire.

4. L'utilisation des moyens de transport pour faciliter la communication entre les soignants et les patients

Dans la sous-préfecture de Torrock, les différents moyens de transport jouent des rôles importants dans la prise en charge rapide des malades.

4.1. L'usage des vélos, motos et véhicules dans le district sanitaire de Torrock

L'usage des moyens de transport, est permanent dans la vie des populations rurales pour les voyages, le commerce, l'agriculture, l'élevage, les visites familiales et surtout la santé. Ainsi, l'importance principale d'un moyen de transport est de faire déplacer une

personne d'un endroit à un autre pendant une durée raisonnable. Or, depuis quelques années l'usage des différents moyens de transport à Torrock a connu une évolution. Pendant les années nonante, les villageois utilisaient davantage les pieds et les chevaux. Les vélos, les mobylettes et les véhicules sont des biens de luxe utilisés par les fonctionnaires et les autorités. Depuis les années 2010, les motos et véhicules commerciaux sont de plus en plus utilisés par la population.

Dans le domaine sanitaire, les moyens de déplacement jouent un rôle important pour faciliter l'accès au soin à la population. Parfois, pour les évacuations urgentes des malades à l'hôpital de Pala, on utilisait soit les véhicules commerciaux, soit les véhicules des particuliers à l'exemple du sous-préfet ou du chef de canton. Lorsque l'état du malade n'est pas grave, les vélos sont couramment utilisés. A noter que dans le centre de santé de Fama, les recettes générées par les soins ont permis l'achat des motos pour les déplacements du personnel sanitaire. Alors que le centre de santé urbain de Torrock a bénéficié d'un don d'au moins deux motos de la part de l'ONG *Gavi Alliance*, utilisées pour les vaccinations dans les villages et le déplacement du MCD. Aujourd'hui bien que l'Etat a offert une seule moto tout terrain de marque *Yamaha* au chef des zones de responsabilités qui assure la supervision des différents centres de santé, il se pose un problème des moyens de déplacement pour le personnel sanitaire du district sanitaire. Aussi, il est constaté que si la plupart des agents de santé recrutés par la fonction publique⁹⁶ ont des motos personnelles, la majorité de ceux qui sont recrutés localement ou les stagiaires se déplacent soit à pieds, soit par des vélos personnels, mais rarement à moto.

Sanda Seriabé est un agent chargé de PEV au centre de santé urbain de Torrock. Agé de 43 ans, il est marié à trois femmes dont deux déjà défuntes et est père de dix enfants. Il fait partie des agents les plus anciens du centre de santé. Selon lui, en 1999, le district de Pala envoyait un animateur pour choisir deux personnes par village, compétentes et mieux instruites pour constituer le comité de santé du centre de santé de Torrock. C'est ainsi qu'il est choisi comme commissaire au compte dudit comité en 1999. Il avait alors 28 ans et était en classe de troisième. Sanda raconte l'évolution de l'usage des moyens de déplacement dans son dispensaire.

« ... J'ai commencé au centre là en 1999. Mais en 2002 là, on m'a pris comme agent vaccinateur. Je commençais à vacciner parce qu'on a demandé des gens volontaires qui peuvent faire ce travail et j'ai porté volonté pour faire ce travail. Y a un vaccinateur-là

⁹⁶ Au total, ce sont huit agents recrutés par l'Etat pour tout le district sanitaire

qui m'a formé et puis on va en brousse ensemble. Y'avait pas de motos. Entre temps, c'est des vélos personnels encore et c'est eux (les membres du comité de santé) qui nous réparaient les bicyclettes là si c'est gaspillé et après on a commencé à porter plainte, en soi-disant il faut qu'ils nous achètent la bicyclette, il faut que la bicyclette soit au centre. Hum Ils ont acheté deux bicyclettes. Voilà on fait les villages avec ça pour les vaccinations, on part avec, on revient avec ! Ça c'est 2004/2006 comme ça. Y'avait pas de téléphone mais pour aller à la vaccination, on écrit les circulaires : telle date on aura les vaccinations de routine, qui concerne les enfants de 0 à 11 mois et les femmes enceinte, on envoie, ils affichent avant, devant le chef et au puit là où se trouvent les femmes (...) on a continué jusqu'à présent c'est toujours comme ça avec les circulaires (...) avant là vraiment s'il y a une urgence là, comme y a des motos là on fait avec mais avant les motos là comme il y a les camions du marché, on les évacue grâce à ça. D'ailleurs, on ne retarde pas beaucoup. Si on voit que vraiment l'état ne va pas là, directement on écrit référence et vous attendez sur la route le camion. C'était avec le camion n'évacue à Pala⁹⁷».

Selon cet agent, bien avant l'utilisation de l'ambulance et des motos dans le centre de santé de Torrock, les agents de santé utilisaient les vélos pour les campagnes de vaccination dans les villages alors que pour les évacuations urgentes à Pala, il est fait recours aux véhicules à usage commercial. Jusqu'à ce jour, les vélos sont toujours d'usage dans les centres de santé et les recours aux véhicules commerciaux existent parfois.



Image 15. Des vélos et motos garés devant le centre de santé urbain de Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017

En outre, une ambulance est introduite au district sanitaire de Torrock en 2015. Il est indéniable de reconnaître que l'unique véhicule *Hard Top 4x4* alloué au district sanitaire a permis de sauver la vie à beaucoup de patients dont les plus nombreux sont les femmes et les enfants. Malheureusement, en juillet 2017 au moment où cette recherche a lieu, cette ambulance a connu un accident grave. Elle est impraticable depuis bientôt trois mois. Selon le MCD, le ministère de la santé a promis doté le district sanitaire d'une autre ambulance, mais jusqu'au mois d'octobre 2017, cette promesse est loin de la réalité. L'usage de l'ambulance

⁹⁷ Entretien réalisé par l'auteur le 03 août 2017 au centre de santé urbain de Torrock.

est gratuit, mais les centres de santé cotisent à la fin du mois pour payer le salaire de l'ambulancier et l'entretien du véhicule. Toutefois, de nos jours, les villageois au niveau de vie moyen ou riche utilisent de plus en plus des motos personnelles ou commerciales pour l'évacuation des malades aux centres de santé lorsque le recours à l'ambulance est lent.

4.2. L'usage des mototaxis dans la santé

Dans les rues de la sous-préfecture de Torrock, il est frappant de constater que beaucoup de personnes se déplacent à moto pour vaquer à leurs occupations. Aux alentours des centres de santé ou sur les routes, les familles louent aussi des motos pour l'évacuation urgente de leurs malades. Même s'ils sont inconfortables pour les malades, ces engins motorisés ont réussi à sauver beaucoup de personnes, grâce à leur mobilité rapide sur les routes dégradées. Mahouli Stéphane, est un jeune élève et conducteur de mototaxi âgé de 22 ans, qui réside au village de Torrock. Il raconte comment il a réussi à transférer tard dans la nuit un malade vers l'hôpital de Pala.

« C'était en 2016, j'ai amené un ami, son fils était malade, c'était à 3 heures du matin que je l'ai amené à Pala. Lui c'était la première fois d'aller à Pala. Quand on était arrivé, je lui ai demandé de venir voir les infirmiers qui sont là, la permanence là. Il habite ici à Torrock vers l'antenne. C'était dans la nuit, les enfants ont organisé une fête comme ça, c'était un vendredi. Nous on était là. L'année-là, moi je suis en classe de seconde... c'est en juin... oui l'ami là, il était à l'hôpital de Torrock avec son fils. C'était à 3 heures qu'on les a donnés référence pour Pala (...). Alors y avait un clandestin⁹⁸, lui il était vraiment fatigué, sa moto a papier, alors il a prêté sa moto et est venu pour me demander de lui amener à Pala comme lui il ne connaît pas Pala. Entre temps, j'étais déjà clandestin et travaille avec la moto de quelqu'un. Lui on s'est pas entendu mais c'est avec le propriétaire de la moto. Donc moi c'est juste un service qu'il m'a demandé. Je suis venu chercher l'enfant à l'hôpital vers 3 heures et nous sommes trois sur la moto. On était arrivé après plus d'une heure parce que l'état de la route n'est pas bon. Je l'ai accompagné, on a fait le labo, ils étaient endormis déjà. On les a réveillés, et ils nous ont demandés d'aller voir le pharmacien. Il avait le problème de sang l'enfant là (anémie), c'était un peu grave. Je suis revenu le matin. Malheureusement ils ont fait deux jours là-bas et il a perdu son fils, (il a un an et quelques mois). Malgré ce que j'ai fait, ça ne m'a pas dérangé par ce que c'est un cas, mais l'enfant était vraiment malade, je ne peux pas lui laisser comme ça, j'étais obligé de supporter tout ce que j'ai fait. J'ai remis la moto au propriétaire et je n'ai rien demandé⁹⁹ »

Ce bref récit, explique les circonstances dans lesquelles il est fait recours à un mototaximen pour acheminer un malade transféré dans un hôpital : l'improvisation et la gravité de la maladie, l'heure tardive du transfert, l'état dégradé de la route, l'éloignement de l'hôpital de Pala (environ 40 km de Torrock) et parfois l'indisponibilité de la permanence. Dans de telles circonstances, la vie du malade ne tient qu'à un bout de fil. Mais qu'à cela ne

⁹⁸ Conducteur de mototaxi

⁹⁹ Entretien fait par l'auteur, le soir du 24 août 2017, dans la cour de l'Agence de voyage *Mont Illi*

tienne, l'important c'est d'essayer de le sauver. Même si ce n'est pas le cas ici, c'est de cette façon que beaucoup de vies sont sauvées.

Ainsi, les mototaxis communément appelées « clando », militent dans l'Association des Mototaxis du Mayo-Dalla, sous le contrôle de la commune de Pala. Dans les années 2010, ce sont les mototaxis de Pala qui venaient jusqu'à Torrock avec leurs clients. Ensuite progressivement, depuis deux à trois ans, dans la sous-préfecture de Torrock il existe aussi des moto-taximen, mais ces derniers font partie intégrante de l'Association des Mototaxis du Mayo-Dalla. Pour adhérer à cette association professionnelle les agents qui exercent cette profession, payent une carte annuelle de membre à 1000 FCFA ; une contribution hebdomadaire de 1000 FCFA moyennant un ticket ; et enfin, chacun achète une tenue de travail au prix de 5000 FCFA. Dans cette association, il existe des membres de bureau résidant à Pala et qui viennent chaque semaine contrôler le respect de ces conditions, tout en pénalisant ceux qui travaillent dans la clandestinité.

Il existe deux catégories de moto-taximen : certains travaillent avec leurs motos personnelles ; d'autres louent les motos des particuliers. Dans ce cas, ces derniers payent chaque jour de travail au propriétaire de la moto une somme de 2000 FCFA et se chargent eux-mêmes du carburant et des pannes éventuelles ne dépassant pas la valeur de 2000 FCFA pour l'entretien de l'engin.

Pour assurer le transport des clients, il n'y a pas un tarif fixe pour les déplacements. La tarification se négocie avec les clients. Toutefois, il est constaté que cette tarification est bien plus chère dans la nuit que dans la journée. Elle varie aussi selon l'éloignement du village. Selon un moto-taximen, au début des années 2010, il n'y avait pas beaucoup de motos, ce métier avait beaucoup de bénéfice que maintenant (à l'époque le déplacement aller-retour à moto de Torrock à Pala était à 7000 ou 8000 FCFA alors qu'aujourd'hui ça coûte la moitié de ce tarif).

En somme les moyens de déplacement tels que les vélos, les motos et les voitures facilitent la mobilité des populations à la recherche des soins. Les observations du terrain montrent beaucoup plus l'usage des motos et vélos. Cependant, étant donné que cette mobilité a un coût, il s'est développé depuis les années 2010 des activités lucratives autour des motos, règlementées par la commune de Pala dans le cadre d'une association des mototaxis dans la sous-préfecture de Torrock. Bien que les TIC et les moyens de transport jouent un rôle

important dans la santé, il n'en demeure pas moins qu'il subsiste quelques obstacles aux usages de ces outils technologiques dans la santé.

5. Les obstacles à l'usage des TIC par la population locale

Les principales barrières à l'utilisation locale des TIC sont liées à la pauvreté, aux censures étatiques, à l'analphabétisme, au poids de la tradition.

5.1. La pauvreté

Le Tchad fait partie des pays les plus pauvres au monde. Son histoire sociopolitique parsemée des guerres civiles d'une longue période, a impacté d'une manière négative sur son développement. Si ses ressources économiques reposaient essentiellement sur l'agriculture et l'élevage, depuis 2003, son économie faiblement diversifiée dépend fortement du pétrole exploité au sud du Tchad. Cependant, la chute du cours du pétrole en 2015, la non-diversification de son économie et la mauvaise gestion des revenus pétroliers, ont fait chuter son taux de croissance économique de 6,8% en 2014, à 2,5% en 2015. Selon le classement du PNUD en termes de l'indice du développement humain, il occupe en 2015, le 185^{ème} rang sur 188 pays (Commission Economique pour l'Afrique, 2017 : 1). Selon cette Commission « *L'incidence de la pauvreté au Tchad se situait à 46,7% en 2011. Elle s'accroît au fur et à mesure que l'on s'éloigne des centres urbains (20,9%), atteignant 52,5% dans les zones rurales* ». Même si dans le domaine sanitaire on note une relative amélioration du point de vue de la mortalité infanto-juvénile qui est passée de de 194 ‰ en 1996-1997 à 133 ‰ en 2014-2015 (EDST 1996-1997, EDST 2004 et EDS-MICS 2014-2015), il reste beaucoup de lacunes à combler dans les infrastructures sanitaires et les ressources humaines de qualité. C'est ainsi que dans les zones rurales, l'eau potable et l'énergie demeurent un luxe pour la majorité de la population. Dans ces conditions difficiles, la priorité pour les familles est de lutter chaque jour contre la famine plutôt que de se préoccuper à la connectivité qui coûte cher à beaucoup de personnes. La pauvreté criarde sévissant en zone rurale justifie la fracture numérique existant entre les pauvres et les riches. Au quotidien des villageois les plus pauvres, les téléphones et les radios même s'ils sont utiles pour la communication, ils sont davantage perçus comme des biens de luxe, nécessitant des dépenses régulières pour les faire fonctionner et les entretenir (dépenses pour la charge des batteries, l'achat des piles, les crédits de communication, les dépannages...), alors que parfois même la quête de la ration alimentaire pose problème. Alors, entre manger et communiquer, il est donc logique pour de lutter avant tout pour survivre.

5.2. Les censures étatiques

Le Tchad est un pays en voie de démocratisation. Or, si les libertés d'expression et d'opinions reconnues par la constitution font parties des valeurs de la démocratie, les autorités tchadiennes ont peur que la population en face usage. Puisque les TIC sont des vecteurs incontournables de ces valeurs, l'Etat au travers de ses institutions publiques, limite leurs usages. A titre d'exemple, en 2016, pendant les manifestations des élèves, des étudiants et des fonctionnaires, protestant contre le viol filmé d'une jeune fille mis en ligne, les grèves des enseignants, le non-paiement des bourses d'études, du salaire et des indemnités, il est constaté une restriction de l'usage de l'internet et la suspension temporelle des SMS¹⁰⁰ des téléphones portables et des répressions violentes des manifestants (Hoïnathy, 2016 : 150-151). Une telle restriction de l'usage des technologies eut lieu aussi, lorsque les opposants politiques et leurs électeurs, contestaient les résultats des élections présidentielles d'avril 2016. Face à ces mesures certaines personnes, contournent le réseau internet local pour se connecter par les réseaux internet des pays étrangers à l'exemple du Cameroun (de Bruijn, 2018). Pourtant, malgré ces répressions, les mobilisations sur la toile persistent. Dans les situations d'oppression et des crises sociales, les TIC permettent aux peuples opprimés d'exprimer librement leurs opinions et mieux s'organiser pour être solidaires. Tel est le constat fait par Seli (2013 : 211-222), que le réseau social à l'image de *facebook* permet à des jeunes Hadjeray de créer une groupe de discussion qui leur permet de s'identifier, de débattre et de prendre des initiatives pour le développement de leur région. Or, à l'heure de la révolution numérique l'Etat, éprouve des difficultés pour sanctionner l'utilisateur caché derrière une certaine communauté virtuelle. C'est sur la base de ce rapport conflictuel qu'au Tchad, les télécommunications demeurent toujours des outils sensibles, soumis au contrôle absolu de l'Etat. Quant aux opérateurs, ils sont obligés d'obéir à ces mesures d'ordre public sous peine d'une sanction. Et par conséquent, ces mesures impactent négativement sur la régularité de l'information et de la communication.

5.3. L'analphabétisme

Au Tchad en général, et particulièrement dans les zones rurales, le taux d'analphabétisme est de plus en plus élevé, surtout chez les femmes¹⁰¹. Or il est clair que l'utilisation de certains dispositifs technologiques populaires à l'exemple des ordinateurs et

¹⁰⁰ Short message service (service de message court)

¹⁰¹ « En 2015, le taux d'alphabétisation des populations de 15 à 24 ans au Tchad était estimé à 50,1%. Les femmes, dont le taux d'alphabétisation est de 35,3%, sont plus touchées par l'illettrisme que les hommes pour lesquels ce taux est de 64,8% » (Commission Economique pour l'Afrique, 2016 : 17)

des téléphones requiert un minimum de niveau d'instruction et d'apprentissage. De plus, l'usage de ces outils nécessite un minimum de connaissance des langues officielles (le français et l'arabe). Selon les observations et les entretiens recueillis au terrain, ces exigences cognitives liées à l'usage des technologies, influencent les habitudes des villageois. Exemple : le cas d'un villageois au niveau de vie moyen. S'il est instruit, il chercherait au moins à avoir une radio pour suivre les informations ; un smartphone pour communiquer et surfer sur internet, (si possible, il chercherait un ordinateur). Par contre, s'il est analphabète, son utilisation des TIC se limiterait à un téléphone, aux fonctionnalités réduites et parfois une radio avec cartes mémoire pour suivre de la musique locale. Cette illustration permet juste de souligner que lorsqu'on est instruit, on est plus motivé à accorder plus d'intérêt aux technologies puisqu'on a une certaine compétence cognitive et linguistique, par rapport à celui qui est analphabète.

5.4. Les pesanteurs socioculturelles

Les us et les coutumes influencent la façon dont les gens pensent et agissent en société. Transmises de génération en génération, ces valeurs ancestrales se confrontent parfois à une norme ou un artefact venu d'ailleurs. C'est le cas des dispositifs technologiques à l'exemple du téléphone. L'une des valeurs culturelles dans les zones rurales qui fait obstacle à l'expansion des objets technologiques vers la plupart des femmes mariées est celle qui donne au mari l'autorité absolu au foyer. Ce pouvoir de décision des hommes ôte parfois, aux femmes la liberté de posséder un téléphone, au risque d'être infidèles au foyer. Il n'est donc pas étonnant de remarquer que lorsqu'on demande à une femme « pourquoi elle n'a pas de téléphone », elle répond « par ce que mon mari ne me le permet pas ». Dans un focus group organisé le 19 juillet 2017 à Gouin, les neuf femmes participantes sont toutes unanimes pour dire que « *L'usage du téléphone est important mais nous sommes empêchées par nos maris. Les hommes nous accusent, nous appelons les copains avec. On nous défend d'avoir le téléphone, c'est pour cette raison (...)* » Dans ces ménages, la possession d'un téléphone par la femme, est soumise à l'autorisation préalable du mari. Certains maris n'hésitent pas à justifier, puisqu'ils manquent des moyens, un seul téléphone suffit pour la famille. L'argent que la femme utiliserait pour acheter le téléphone et les crédits de communication pourrait servir pour d'autres dépenses utiles.

Cela explique pourquoi, les jeunes filles non mariées utilisent de plus en plus les téléphones qu'elles achètent librement grâce aux revenus de petits commerces et des travaux

champêtres ou grâce aux cadeaux que leur font leurs copains. Cela porte aussi à croire que si les jeunes garçons au village offrent bien plus facilement des téléphones à leurs fiancées ou leurs petites amies, avant le mariage (sans doute pour faciliter les communications et les rendez-vous amoureux) ; cette bienveillance amoureuse avant le mariage se transforme parfois en méfiance lorsque la femme est au foyer. Peut-être que les garçons ont-ils peur que de la même manière, ils ont dragué leurs femmes par le passé grâce au téléphone, un « jaloux saboteur aux yeux de crocodile » pourrait profiter à son tour de séduire leur femme par ce moyen ? Car beaucoup disent que les femmes sont comme des enfants. À l'insu du mari, il suffit juste de prendre leurs numéros de téléphone, et elles peuvent facilement succomber aux avances des séducteurs. Par contre, les femmes soulignent aussi que les maris profitent du téléphone pour draguer des filles. Cependant dans les ménages où le couple est instruit, le mari est bien plus ouvert à ce que la femme possède un téléphone. Cela n'exclut pas qu'il n'existe pas des méfiances entre eux.

Concernant les autres TIC à l'exemple des radios, des télévisions, des ordinateurs, cela dépend d'avantage du pouvoir économique du mari que de la femme. Dans la plupart des cas, le mari étant considéré comme le chef de famille, c'est à lui, qu'il incombe d'équiper la maison par des objets électroniques. Généralement dans les zones rurales de Torrock, les biens des femmes se limitent aux casseroles, au lit, aux réserves de céréales ou arachides et parfois quelques bétails... Selon la tradition, le lévirat pratiqué surtout par les Moundang exige que, l'homme épouse la veuve de son frère mort. Même si cette pratique n'est pas beaucoup observée de nos jours, cela montre à quel point que, si la femme occupe une place secondaire dans la société traditionnelle, cela justifie également son manque d'autonomie et d'épanouissement dans l'usage des technologies.

5.5. Le difficile accès aux réseaux de communication

Les réseaux de communication (route, air, fleuve) sont des voies qui permettent de maintenir la communication entre les personnes à travers le TIC et les moyens de transport. Or la sous-préfecture de Torrock située dans la zone rurale du Mayo-Kebbi Ouest se confronte parfois à l'accessibilité difficile des réseaux de communications.

Il convient tout d'abord de souligner que le réseau routier principal qui quitte de Pala, traversant Torrock, Fianga et Ham n'est pas bitumé. Les routes entre les villages sont difficilement praticables car elles sont inondables en saison de pluie, pendant laquelle pendant, ces routes sont difficilement praticables par les camions. Par exemple les villages de

Mbibou et de Goïgoudoum sont parfois séparés en deux en cas de crue des eaux du fleuve Zetao. Il n'y a pas de ponts crédibles dans ces zones et les populations louent des pirogues lentes et stressantes pour les traversées. A noter qu'en plus des activités de pêche et de vaisselles pratiquées dans ces fleuves, quelques jeunes, tirent un profit pécuniaire, en faisant traverser leurs clients d'une rive à une autre (par exemple : à Goïgoudoum, chaque traversée est à 250 ou 500 FCFA, selon l'étendue de la crue). Qu'à cela ne tienne, pendant cette période, le transport devient lent et coûteux. Et la communication entre les personnes en pâtit. L'accès aux centres de santé par les populations devient pénible. L'unique ambulance du district sanitaire de Torrock (avant qu'elle ne connaisse un accident) ne pouvait parvenir aux centres de santé des villages de Fama, Mbibou, Mabassiackré et Goïgoudoum pendant la saison de pluie.



Image 16. La traversée d'un fleuve à bord d'une pirogue à Goïgoudoum, © Oumar Abdelbanat, 2017

Par ailleurs, les perturbations des réseaux téléphoniques et radiophoniques sont aussi des facteurs qui influencent négativement la communication. Dans la sous-préfecture de Torrock, j'ai constaté trois pilonnes d'antennes Airtel et Tigo respectivement à Torrock et à Mabassiackré. Les autres villages utilisent les antennes implantées à Pala, Tikem ou Gounougaya. Dans ces conditions je me suis rendu compte que le réseau téléphonique perturbe parfois dans certains villages comme Gouin et surtout Goïgoudoum, enclavé par une colline. A Torrock, les perturbations de réseau sont également récurrentes aux environs de 18 et 20 heures

De même, les ondes de radio sont l'un des plus difficiles à capter. Dans la sous-préfecture de Torrock, il n'y a pas une station radio communautaire ; la radio nationale et les

radios communautaires de Pala (Radio Soleil) et de Bongor (Terre Nouvelle) sont difficilement captables. Durant tout mon séjour de recherche je n'ai réussi qu'à capter les radios internationales à l'image de RFI ou Radio Vatican dont les signaux sont obstrués par des cacophonies.

Quant au réseau internet, même si l'on peut naviguer dans les réseaux sociaux et consulter les mails certains moments de la journée grâce aux opérateurs *Airtel* ou *Tigo*, il est pourtant difficile de télécharger des fichiers moins lourds (PDF, Word...). Ces difficultés liées aux réseaux de communications compliquent la connectivité et par conséquent, isolent davantage la sous-préfecture de Torrock du reste du monde

Conclusion

En somme, quand on s'interroge sur l'utilisation des TIC dans la sous-préfecture de Torrock, il convient de noter que la théorie de la translation¹⁰² et celle des relations entre technologies et sociétés se confirment dans la réalité de cette étude car, d'une part, les utilisateurs locaux se sont appropriés les TIC autant dans les activités commerciales (vente de crédits et appareils, charge de batterie, dépannage, animation, transfert de musique et d'argent) que dans leurs vies quotidiennes (usage des SMS, appel, des radios, télévision, carte mémoire, clé USB) et les mobilisations de masse (réunion, rencontre amicale, sensibilisation). D'autre part, les TIC présentent une utilité avérée dans le système sanitaire. Les soignants les utilisent dans les consultations, les cas d'urgence, la collecte, l'envoi des données sanitaires et les communications professionnelles. Aussi, les moyens de transport (vélo, motos, ambulance, camion) utilisés par les soignants et les patients montrent leur efficacité dans la facilité de l'accès aux soins. Ainsi, les relations étroites qu'entretiennent la population locale et les TIC depuis quelques années, malgré l'existence de quelques contraintes liées à la pauvreté, les censures étatiques, l'analphabétisme, le poids de la tradition¹⁰³, l'accès difficile aux réseaux de communication, transforment la vie de ces acteurs en les rendant prédisposés, sensibilisés et favorables à une initiative de santé mobile. Toutefois, au-delà de ces descriptions de l'utilisation des TIC dans la santé, quelle évaluation peut-on faire de leurs apports socio-sanitaires ?

¹⁰² En guise de rappel, cette théorie postule que les valeurs, les normes, les artefacts technologiques... voyagent d'un contexte à un autre et sont transposés et adaptés par les acteurs dans le contexte d'arrivée.

¹⁰³ Une sensibilisation intensifiée contribuerait davantage à lutter contre ces poids de la tradition

CHAPITRE 6. EVALUATION DU ROLE DES TIC DANS LE SYSTEME SANITAIRE

Introduction

La description de l'utilisation des TIC dans la sous-préfecture de Torrock, montre que la population locale adopte de plus en plus les artefacts technologiques (téléphone, carte mémoire, radio, internet...) aussi bien dans la vie courante que dans le domaine sanitaire. Car, selon les travaux analysant les TIC pour le développement à l'exemple de (Chapman et Slaymaker, 2002), (Loukou, 2012), l'un des mérites que l'on peut reconnaître aujourd'hui aux TIC, c'est qu'elles améliorent la qualité de l'information et de la communication entre les utilisateurs. C'est ainsi que d'autres travaux se sont aussi focalisés sur les avantages, les inconvénients et les obstacles de la santé mobile dans les pays en développement (Daftary et al., 2017 ; R. Bigna et al., 2014 ; Nhavoto et al., 2017 ; Sheba, 2016 ; Shao, 2012 ; Kahn et al., 2010 ; Moucheraud et al., 2017) ; Bouraima et Çetin, 2017 ; (Bagayoko et al., 2011). Mais en ce qui concerne l'étude du cas spécifique du projet *Dawa mobile* de Torrock, qui se fonde essentiellement sur une méthode comparative, il est important de se poser la question de savoir quelle évaluation on peut faire de l'utilisation de ces TIC dans la santé.

De ce fait, l'objectif de ce chapitre, est de faire une analyse concrète des rapports entre le système de soins de Torrock et les TIC, sans perdre de vue les innovations de santé mobile ainsi que les barrières inhérentes à ces rapports. Dans cette optique, cette analyse s'attèle sur les points suivants : utilisation des TIC face aux inégalités de santé ; analyse du projet *Dawa mobile* pour la prise en charge de la bilharziose; les barrières à l'utilisation des TIC dans la santé et l'analyse de la santé mobile comme outils de performance santé et de l' (in)formation de la population.

Aussi, cette étude s'attelle sur une approche comparative dudit projet *Dawa mobile*, du point de vue de ses effets par rapport à une zone de non intervention du projet et du point de vue des défis auxquels il se confronte, Ces différents objectifs permettent à travers l'étude du cas spécifique de *Dawa mobile*, d'explicitier d'une manière détaillée le modèle des contraintes – connectivité – santé, dans l'analyse d'une initiative de santé mobile.

1. Santé et TIC à Torrock : évolution historique

Tout le long de l'histoire, les perceptions et pratiques liées à la santé et aux TIC ont connu une profonde mutation dans la région de Torrock. Tout d'abord, au sortir de la 2^{ème} Guerre mondiale alors que le Tchad était une colonie française, Torrock fait partie de grands pôles de culture du coton. Les colons français succédèrent aux allemands. Les premiers missionnaires catholiques dont la figure de proue est le Père Paquet arrivèrent vers 1950 en vue d'évangéliser les autochtones (Padjouli et *al.*, 1984). C'est pendant cette période que les premières églises catholiques furent construites successivement à Gouin, Goïgoudoum et Torrock. Pendant cette époque, les populations expliquaient et soignaient les maladies et les malheurs grâce à leurs propres savoirs traditionnels appris et transmis de génération en génération. Par la suite, le rôle que les colons jouèrent à travers les campagnes de vaccination, l'éducation scolaire et les médicaments partagés aux populations indigènes est un appui à ces pratiques traditionnelles. C'est ainsi que le dispensaire de Torrock était construit dès 1958.

A cette époque-là, pour communiquer d'un village à un autre, les habitants de Torrock commandés par leur chef de village construisaient eux même les pistes. C'est par la suite que la grande route Fianga-Torrock-Pala est construite par la société *ContonTchad* en vue d'acheminer le coton. Les villageois se déplaçaient à pied ou à cheval et entre eux, les informations liées aux fêtes, aux deuils ou guerres sont diffusées de bouche à oreille ou grâce aux tambours. C'est au contact du colon que les bicyclettes, les mobylettes et les véhicules ont commencé par être utilisés. C'est en racontant cette forme de communication ancestrale que le chef de canton de Gouin affirme :

« ... avant ça, (les gens communiquaient) de bouche en bouche non (et parfois) les tam-tams. Y a un gros tam-tam qui est là-bas, il faut te lever pour voir sous la petite case là (du bout de son doigt, il me montre les vieux tambours ci-dessous, dans une petite concession et protégés sous un hangar) ; quand il y a un grand événement, on tape sur ça, tout le monde écoute, quand on tape, le type comprend que dans tel lieu là, allons au chef-lieu de canton, il y a quelque chose (...) un grand type qui est mort, on tape (le tambour), pour annoncer la fête aussi on tape ...¹⁰⁴ »

¹⁰⁴ Entretien entre l'auteur et Gong Massing Daouda, le chef de canton de Gouin le 11 aout 2017 à l'ombre d'un arbre situé à la devanture du palais cantonal.



Image 17 : Des vieux tambours utilisés autrefois par les villageois de Gouin pour passer une information aux populations, © Oumar Abdelbanat, 2017

Après l'indépendance du Tchad en 1960, Torrock fut érigé en Poste administratif de la sous-préfecture de Pala¹⁰⁵. Petit à petit, il est constaté un changement dans la santé et la communication. A côté des guérisseurs, le dispensaire de Torrock, soutenue par l'ONG Médecin Sans Frontières assure le soin des malades. Progressivement, vers 1970 l'Eglise catholique à travers ses religieux, contribua aussi à la formation des autochtones dans les domaines de la santé, de l'enseignement et des travaux manuels. Ces religieux catholiques ont appris aux populations les techniques d'obtention de l'eau potable, contribuer à construire des forages et des pharmacies villageoises (Padjouli et *al.*, 1984 : 9). Les pharmacies villageoises sont des magasins des produits et matériels médicaux essentiels, organisés soit par quartier ou par village. A partir de 1983, les pharmacies villageoises sont supervisées par trois agents (dont l'un est un expatrié), qui forment les gérants dans le dosage des produits et la manipulation des matériels (Breye, 1997 : 32). Selon cet auteur, soutenue par le Bureau d'Etude et de Liaison des Actions Caritatives et de Développement (BELACD), les religieux catholiques et les cotisations des populations locales, les pharmacies villageoises étaient au nombre de trente-et-trois en 1983.

Les infrastructures de communication, à l'exemple de la station Radio Nationale tchadienne est déjà capté dans le grand Mayo-Kebbi, mais perturbée par les crises sociopolitiques que le Tchad avait connues dans les années 1970 et 1980. Hormis ces désagréments, il ressort de plusieurs entretiens réalisés que ces guerres civiles n'ont pas eu

¹⁰⁵ C'est précisément par un décret du 22 mars 1960

une grande répercussion sociale à Torrock, même s'il y'avait des mouvements de paniques à cause des bruits de canons et des réfugiés en provenance de Pala et Gounougaya.

Au sortir des guerres, le centre de santé de Torrock fait partie du district sanitaire de Pala. Après la déclaration d'Alma-Ata (Kazakhstan) de 1978, énonçant les principes en matière de soins primaires, les populations prennent une part active dans la gestion des centres de santé à travers les comités de santé où ils sont représentés. Dans les zones rurales comme Torrock, le comité de santé fonctionne à côté du corps soignant du centre de santé pour gérer les ressources matérielles et humaines du centre de santé.

Dans les années 1990, l'avènement du pluralisme politique et d'une relative stabilité politique ont permis quelques changements considérables : les villages se sont agrandis, les trafics sont intensifiés grâce à l'augmentation des moyens de communication comme les radios, les véhicules, les vélos, les mobylettes, la télévision. C'est pendant cette période-là que le service allemand du développement avait initié un programme pour la promotion des femmes rurales du Poste Administratif de Torrock. En 1992, ce programme a formé les femmes des villages de Torrock, Gouin, Bamdi et Zamagouin dans la fabrication du savon local par des stages de formation. Dans les villages de Bamdi et Torrock, il a été aussi organisé des causeries de formation sur la santé de reproduction (grossesse, espacement de naissance, accouchement, cycle féminin) (Service allemand de développement, 1992)

A partir de 2005, ces mutations sont encore bien plus remarquables. Le gouvernement, les populations et les ONG ont construit de nouveaux dispensaires communautaires. Par exemple les populations locales soutenues par l'ONG allemande PRODALKA ont construit les dispensaires de Mabassiackré (2007), de Zamagouin (2005), de Balani (2006), Torrock, bâtiment annexe (2009). Les religieux aussi ont contribué à la création des centres de santé reconnus par l'Etat ; c'est l'exemple des centres de santé confessionnels de Fama dont le projet a été initié par l'Eglise Fraternelle Luthérienne du Tchad et de Mbibou, construit par Alwada, une ONG islamique.

Par conséquent, en janvier 2016, le centre de santé de Torrock est érigé en District sanitaire couvrant huit centres de santé dont deux dans le canton Torrock (le centre urbain de Torrock et le centre de santé de Balani), deux dans le canton Gouin (le centre de santé de Gouin et celui de Mabassiackré) et quatre dans le canton Goïgoudoum (les centres de santé de Goïgoudoum, de Zamagouin, celui de Mbibou et de Fama). A côté de ces centres de santé

communautaires, existent aussi des acteurs privés jouant un rôle non-négligeable dans le soin des habitants (Cf. chapitre 2).

En ce qui concerne la télécommunication on constate aussi actuellement des changements. Les radios nationales et internationales sont parfois captées par les auditeurs, même s'il n'existe pas encore une station radio locale. Pour faciliter leur travail quotidien, les professionnels de santé utilisent aussi ces TIC, autant dans leurs communications que dans l'accélération de la prise en charge des malades. Ainsi comment les TIC influencent-elles les inégalités sociales de santé ?

2. Influences des TIC sur les inégalités sociales de santé

2.1. Influences des TIC sur l'inégalité de genre

Comme soulignée ci-dessus, l'inégalité de genre est profondément liée aux pratiques socio-culturelles patrilinéaires qui accordent un pouvoir dominant à l'homme par rapport à la femme. Dans la vie courante, elle se manifeste par le rôle secondaire accordé aux femmes dans les décisions, les responsabilités, les cérémonies ou certains travaux. Par conséquent selon les constats de terrain, il se trouve que ce sont les hommes qui sont davantage en contact avec les TIC par rapport aux femmes. Par exemple au foyer, certains maris refusent que leurs femmes possèdent un téléphone. De plus, bien que certaines femmes utilisent fréquemment ces outils technologiques, ces déterminants socioculturels de l'inégalité de genre persistent. Cela atteste que l'avènement des TIC dans les zones rurales depuis une décennie environ, ne peut faire aussi vite table rase des valeurs socio-culturelles acquises et transmises de génération en génération. Donc, en général, les TIC n'exercent qu'une influence mitigée sur l'inégalité de genre qui se manifeste par la vulnérabilité des femmes par rapport aux hommes dans l'accès aux soins en zones rurales de Torrock¹⁰⁶ ou encore le défaut de responsabilisation de ces dernières dans le district sanitaire.

Toutefois il convient de reconnaître que les TIC contribuent à épanouir, informer et faciliter l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables à l'image des femmes et enfants. A titre d'exemple, dans la plupart des couples jeunes ou instruits au niveau de vie moyen, on constate davantage que les femmes utilisent les TIC (téléphones ou radio) qui leur permettent d'être mieux épanouies dans l'accès à l'information. Pour cette catégorie de femmes, grâce aux TIC elles peuvent être aussi bien sensibilisées que les hommes sur les questions liées à la

¹⁰⁶ Cf. chapitre 4. Les inégalités de santé et les formes d'entraides sociales dans la sous-préfecture de Torrock

santé. Par conséquent, elles peuvent être mieux prédisposées à prendre des mesures aussi bien préventives que curatives liées à la sauvegarde de la santé de toute la famille. Puisque ce sont elles qui s'occupent des enfants, du ménage, de la préparation de la nourriture et de la boisson pour tout le monde...

2.2. Influences des TIC sur l'accès équitable aux soins de qualité

La question de l'accès équitable aux soins par la population locale se pose lorsqu'on constate que par rapport aux riches, les pauvres ont du mal à bénéficier des soins de santé. Dès lors, le fait que certaines TIC à bon prix tels que les téléphones, les cartes mémoires, les radios, les clés USB sont de plus en plus utilisées par la population locale, n'améliore pas l'aptitude des personnes pauvres à acheter les produits pharmaceutiques prescrits dans les centres de santé. Parce qu'à leurs yeux, ces produits demeurent toujours chers et donc il est mieux pour elles de faire recours aux infirmiers du quartier ou aux vendeurs de médicaments à bon prix. De plus, j'ai constaté que les sensibilisations à travers les TIC sont rares. De ce point de vue les TIC ne garantissent pas un accès équitable aux soins.

Toutefois, le chapitre précédent, souligne l'utilisation progressive des TIC dans les consultations, la prise en charge des cas d'urgence, l'envoi et le traitement des données médicales, la communication entre les soignants et patients, l'analyse biomédicale... Dans ce contexte, il est clair que ces innovations technologiques améliorent le service sanitaire dans les zones rurales. En conséquence, l'accès aux soins de qualité et l'information sanitaire de toute la population, sans distinction de genre ou de niveau socioéconomique s'améliore progressivement. Car, dans l'usage des TIC lié à la santé, il existe des formes de solidarité entre les personnes.

Par exemple lorsqu'une information sanitaire d'importance capitale circule à travers les ondes de radios ou les lignes téléphoniques, elle est si vite véhiculée de bouche à oreille de sorte que même les couches les plus défavorisées sont sensibilisées. Car dans les zones rurales de Torrock, chaque jour les habitants se rencontrent et s'échangent les nouvelles dans les marchés, les cérémonies, autour des puits ou de la boisson. Il suffit que quelques personnes soient au courant d'une nouvelle et tous les autres villageois finissent par être informés. S'agit-il d'une bonne information ou d'une fausse information ? De toutes les façons, chacun véhicule l'information reçue selon la crédibilité de ses sources, sa capacité intellectuelle...Petit à petit, les fausses informations finissent par être démenties pour laisser la place aux bonnes informations. Dans ce sens, une sensibilisation sanitaire soutenue et de

grande envergure à travers les TIC serait facilement relayée et assimilée par la plupart des habitants.

Aussi, lorsque l'état de santé aggravé d'un malade nécessite une évacuation d'urgence et que la famille du patient ne possède pas un téléphone pour contacter l'ambulance ou le centre de santé, les voisins, le chef de quartier, le chef de village ou un agent de santé viennent en aide à ce malade grâce à leurs téléphones. Par une telle entraide communautaire, l'accès facile aux soins par les TIC peut aussi faire profiter le patient indigent ne possédant pas un téléphone ou n'ayant pas du crédit de communication.

Dans la perspective d'innover les TIC dans la santé, Dawa mobile est un projet particulier qui vient en appui au district sanitaire de Torrock. Son analyse permet de mieux évaluer son apport pour la population locale.

3. Analyse du projet *Dawa mobile*

Pour mieux comprendre ce projet mis en œuvre à Torrock, il convient de s'appesantir sur son contexte et ses objectifs, ses activités et son évaluation comparée à une zone non-concernée par le projet.

3.1. Contexte et objectifs du Projet *Dawa mobile*

Dawa Mobile est un projet pilote supervisé par l'Association *Tchad Plus*, dans la sous-préfecture de Torrock, en vue de lutter contre la bilharziose par le biais de la santé mobile. Initié en 2015. La première phase du projet qui se situe entre mars 2015 et mars 2017 est financée à environ 25 000 euros par l'ONG suisse *Reach for Change* en partenariat avec la société *Tigo* (de Bruijn, 2016a)

La bilharziose est une maladie parasitaire sévissant en zone tropicale. Elle est considérée comme étant la deuxième endémie mondiale après le paludisme. C'est pourquoi, Aubry et Gaüzère, (2015 : 1) soulignent qu'à travers le monde, « 230 millions de personnes dans 52 pays ont besoin d'un traitement annuel. 80 à 90% d'entre elles vivent en Afrique. Près de 800 millions de personnes sont exposées au risque d'infection. Les schistosomiasés¹⁰⁷ sont responsables de 800 000 décès par an ». Cette épidémie représente un groupe de maladies dues à des parasites qui appartiennent tous au genre *schistosoma*¹⁰⁸, causées par les larves de

¹⁰⁷ Bilharzioses

¹⁰⁸ Ce sont des vers parasites plats en forme de feuilles et vivent dans l'organisme interne des mammifères. Exemple : la douve de foie

la bilharzie qui affectent le foie, la vessie, l'intestin, les poumons et les vaisseaux sanguins de l'homme. Torrock, une zone d'agriculture, de pêche et d'élevage n'échappe pas à cette maladie hydrique.

Le contexte socio-sanitaire de la sous-préfecture de Torrock est vulnérable. Le district sanitaire institué en janvier 2016, manque de ressources humaines, matérielles et d'initiatives de lutte contre les maladies tropicales. La majeure partie des habitants manquent d'eau potable et sont souvent en contact avec l'eau stagnante qu'ils utilisent pour boire, paître les animaux, laver les habits, cultiver les céréales.

Les perceptions et pratiques sont influencées par les facteurs socio-culturels. Ainsi, la grande partie de la population de Torrock qui s'identifie par l'ethnicité Moundang perçoivent la bilharziose en leur langue sous le vocable *te tchum syii*, c'est-à-dire littéralement « l'urine rouge ». Il découle de cette traduction littérale que la bilharziose est appréhendée non pas directement par ses causes, mais par ses conséquences (symptômes) somatiques et violentes sur le corps humain, d'où l'attribution de son nom, en rapport avec l'urine du malade prenant la couleur rouge anormale ; bien entendue la couleur rouge fait allusion à la couleur du sang (Abdelbanat, 2017 : 29).

Par conséquent, la cause populaire de la bilharziose est liée au soleil. Selon la plupart des personnes, c'est principalement, le fait de marcher ou de travailler pendant longtemps au soleil qui cause la bilharziose. L'intensité de la chaleur du soleil est capable de provoquer des douleurs pendant l'urine, de gouttes de sang après l'urine... Le soleil (*comme*), objet naturel provoquant une violence au corps par ses rayons incandescents, est le premier responsable de ce mal. Cette approche causale du mal est la plus populaire à Torrock. C'est pourquoi, si on déconseille souvent les enfants de marcher au soleil sous peine d'être malade, on les conseille au contraire de boire beaucoup d'eau après (ou avant) avoir marché au soleil. Plusieurs malades (ou anciens malades) rencontrés témoignent de leurs expériences douloureuses après avoir marché ou travaillé longtemps au soleil. C'est le cas de cette ménagère quarantenaire et mère de sept enfants, habitant au canton Goïgoudoum qui affirme : « *Parfois, tu promènes sous le soleil là ; tu es là, si le soleil te frappe beaucoup, tu n'arrives même pas à pisser. Tu pisses même par la force (...)* ¹⁰⁹ ». Et un jeune adulte qui témoigne en ces termes :

« ... même moi qui est là, si je sillonne quelque fois dans la brousse ou encore je marche longtemps sous la chaleur, arrivé à la maison là, si je pisse, je commence par

¹⁰⁹ Entretien du 19/03/2016 entre l'auteur, l'interprète et une mère au foyer, à Goïgoudoum, 7 km de Torrock.

avoir mal aux reins (...) y'a pas le sang quand même mais ce n'est que le début (...) Quand tu marches longtemps au soleil, pas seulement un jour, pas seulement deux jours ; ça commence par t'attaquer (la bilharziose) ! ...¹¹⁰».

Ces deux assertions montrent une référence constante au soleil comme facteur déclencheur de la bilharziose, se manifestant par les douleurs ressenties au bas ventre pendant l'urine. Toutefois, d'autres personnes mieux informées, en vertu de leur niveau de formation scolaire ou de leurs relations avec le personnel médical reconnaissent que la bilharziose est causée par l'eau stagnante (Abdelbanat, 2017 : 32).

Ainsi, l'identification populaire de cette maladie, implique la connaissance et la cueillette d'un certain nombre de racines consommées localement à des fins thérapeutiques. En somme, la perception de la bilharziose à partir de ses signes extérieurs, lui confère en même temps un nom distinctif (*te tchum syii*), une causalité et un ensemble de comportement curatif pour la traiter. Cela confirme les propos d'Augé (1986 : 87) selon lesquels, « *la nosologie en tout cas, telle qu'elle se présente dans les systèmes lignagers africains est donc simultanément une rhétorique et une sémantique, une syntaxe et une pratique* ».

Dans un tel contexte rural isolé, pauvre et fortement influencé par des facteurs socioculturels rendant difficile l'accès aux soins et à la bonne information sanitaire, le projet Dawa Mobile se propose principalement d'utiliser la santé mobile pour lutter efficacement contre la bilharziose et étendre bientôt ses activités dans la santé maternelle et infantile.

3.2. Les activités réalisées par le projet Dawa Mobile

Les activités concrètes réalisées par le projet Dawa Mobile, sont diversifiées. Tout d'abord, en 2015, une campagne de sensibilisation de masse est organisée au lycée de Torrock. A travers des activités culturelles (danse, jeux-concours, tire à la corde, course), la population locale est mobilisée pour comprendre la gravité de la bilharziose et les moyens de luttent efficaces.

Ensuite, la même année, les centres de santé de Torrock, de Gouin et de Goïgoudoum ont été équipés chacun d'un microscope mobile pour leur permettre de diagnostiquer les maladies dont souffrent les patients. Pour se faire consulter, la procédure consiste pour chaque parent de prendre rendez-vous avec le laborantin en envoyant un message d'alerte sur un numéro disponible. Dès réception du message, le laborantin arrive à vélo au domicile du

¹¹⁰ Entretien du 24/03/2016 entre l'auteur et Goré Djoret un étudiant, dans la cour de la maison familiale.

patient, prélève l'urine pour l'analyser au laboratoire. Le résultat du test est envoyé au domicile du patient, avec des médicaments si l'analyse de la bilharziose est positive.

Grâce aux microscopes distribués, des campagnes de diagnostic de la bilharziose sont effectuées à Torrock. Par exemple, en mars 2015, lors des examens médicaux organisés par Dr. Didier Lalaye, sur 875 prélèvements d'urine, il s'est révélé 467 cas positifs soit 34% du genre masculins et 40%. Aussi est-il organisé à Torrock, des campagnes de distribution aux malades des comprimés du *Praziquantel*, le principal médicament qui agit efficacement contre les bilharzies¹¹¹. En 2017, 2610 enfants ont été examinés et plus de 800 ont été traités avec succès.



Image 18. Un laborantin du centre urbain de santé de Torrock, manipulant un des microscopes offerts par le projet Dawa mobile, © Oumar Abdelbanat, 2017.

3.3. Analyse comparative du projet Dawa Mobile par rapport à une zone de non-intervention du projet

Pour comprendre l'importance du projet Dawa Mobile, il est nécessaire de comparer le centre de santé de Zamagouin, qui n'a pas bénéficié de l'intervention du projet, par rapport au centre de santé urbain Torrock qui en a bénéficié. Trois principaux points méritent une analyse : la dotation en ressources matérielles, la sensibilisation médicale et l'apport économique d'un laboratoire.

¹¹¹ Il se présente en comprimés quadri-sécables à 600 mg, la posologie classique est de 40 mg/kg, en prise unique. Outre l'inefficacité d'une dose trop précoce de *praziquantel*, l'intérêt d'une dose de 60 mg avec deux administrations à un mois d'intervalle est actuellement souligné.

2.3.1. *La dotation en ressources matérielles*

De prime abord, comparé au centre urbain de santé de Torrock, le centre de santé de Zamagouin est sous-équipé : il n'a pas un laboratoire disposant d'un microscope mobile et manque d'un approvisionnement en quantité du *praziquantel*. Ce manque de matériels entraîne des conséquences négatives sur le fonctionnement du centre. Ainsi, En dehors du test de dépistage du SIDA et du test de diagnostic rapide du paludisme, le centre est incapable de faire l'examen d'urine, du sang, des selles... Cela provoque la lourdeur dans le travail et la perte de crédibilité du centre. Lorsqu'un malade se présente au centre de santé, l'agent de santé est obligé de le transférer soit à Torrock ou à Pala pour les examens. Dans certains cas, le malade transféré ne revient plus pour continuer la consultation, mais continue son traitement dans le centre de santé d'arrivée. Une telle attitude des malades s'explique par le fait que le centre n'étant pas à mesure d'examiner le patient, ce dernier préfère ne plus dépenser son argent pour venir dans ce centre, mais pour lui, c'est mieux de continuer les soins ailleurs. De plus, en zone rurale, les déplacements étant pénibles, certains patients n'apprécient guère faire la navette entre deux centres de santé.

Cette crise de confiance entre soignants et patients au centre de santé de Zamagouin entraîne aussi une irrégularité dans le suivi des malades. Puisque certains patients ne reviennent plus, le centre n'est plus en mesure de contrôler ces malades irréguliers. Ces difficultés qui pèsent sur les agents de santé sont ainsi exprimées par Sobsoubé Pabamé, le responsable du centre :

« ... Y a beaucoup de personnes ou bien je peux dire c'est presque toute la population qui sont sous-informées concernant la bilharziose parce que y a pas de sensibilisation de masse, donc les gens ne sont pas informés... et puis, certainement ces cas peuvent exister même s'ils ne sont pas parvenus ; parce que nous on n'a pas des eaux potables dans toutes les quartiers, voire même tout le village. Donc l'eau que nous consommons ne sont pas bien traitées ; parfois certaines personnes consomment l'eau des rivières... y a certaines, s'il y a ces cas, ils traitent traditionnellement (...) le microscope, on n'en avait pas mais on a l'habitude d'orienter suivant les malades dans les centres où il y a des microscopes tels que à Mbibou, voire même Torrock. Parfois on met encours de traitement et on envoie le malade à Mbibou, soit à Torrock et souvent au lieu d'aller faire seulement les examens et revenir pour voir ce qu'on a suspecté, est ce que c'est confirmé ou pas ; la personne arrive déjà à faire les examens et c'est au niveau de ce centre-là, ils prescrivent carrément les produits. Ils ne reviennent pas. Mais on va faire comment peut-être eux aussi ils veulent profiter pour encaisser peut-être de l'argent ou bien c'est le malade peut-être... C'est une supposition. Beaucoup ne reviennent pas ».

De ces propos de l'infirmier-major, il ressort que la population du village de Zamagouin, sous informée, vit dans une condition hygiénique déplorable, aggravant ainsi sa vulnérabilité aux maladies liées à l'eau comme la bilharziose. Dans une telle situation

d'incertitude, le centre de santé dépourvu d'un laboratoire et des médicaments adéquats se trouve dans l'incapacité de soigner et suivre les patients.

2.3.2. *La sensibilisation médicale*

Alors que dans le village de Torrock, il m'a été facile de rencontrer des enfants, des parents et des agents de santé qui se souviennent d'une grande campagne de sensibilisation et de distribution des médicaments contre la bilharziose, à Zamagouin, le personnel médical dépourvu d'un laboratoire n'est pas à mesure de confirmer la prévalence de la bilharziose dans sa zone de responsabilité aussi, une bonne partie de la population, n'est pas sensibilisée sur cette maladie et les moyens de luttés disponibles dans les centres de santé. Il s'agit donc ici d'un double manque de sensibilisation : tout d'abord, le personnel médical manque d'information clinique sur la prévalence de la bilharziose sur sa zone de responsabilité, ensuite la population elle-même n'est pas informée des moyens de lutte préventive et curative efficaces contre cette pathologie. Or en matière médicale, une personne bien informée est capable de prendre par elle-même des mesures préventives et conseiller sa famille et son entourage sur les problèmes de santé. Dans ce sens, l'adoption des mesures hygiéniques face à l'eau stagnante s'avère efficace comme moyen de lutte contre la bilharziose. Lorsque les parents et les enfants sont mieux sensibilisés, cela contribuerait à réduire de plus en plus les comportements à risque de la population. Malheureusement dans les zones de responsabilité de Zamagouin, il subsiste encore un manque d'information sanitaire sur la bilharziose.

C'est ainsi que dans un focus group¹¹² organisé à Zamagouin le 18 juillet 2017, lorsque j'ai posé la question de savoir si dans ce village, il y a eu des sensibilisations sur la bilharziose, les participants ont reconnu l'existence des cas de cette maladie, sans qu'il y ait une quelconque sensibilisation.

2.3.3. *L'apport économique d'un laboratoire*

Comme souligné ci-dessus, un microscope est la pièce maîtresse d'un laboratoire. Or, au-delà de son rôle crucial qui consiste à faire des analyses biomédicales, l'usage du microscope dans le centre de santé urbain Torrock peut générer aussi des recettes financières utiles pour solder certaines dépenses de fonctionnement.

¹¹² C'est un groupe de discussion organisé juste derrière le centre de santé de Zamagouin. Les participants sont au nombre de onze personnes adultes, pères et mères de famille, dont l'âge varie entre 25 et 60 ans. Au total, il y a quatre femmes et sept hommes. Les participants sont des cultivateurs et ménagères, chauffeur, soignants résidents à Zamagouin.

Or, le centre de santé de Zamagouin, dépourvu d'un microscope, ne peut bénéficier d'une ressource supplémentaire générée par les analyses biomédicales. De plus, étant donné que certains patients continuent leurs traitements ailleurs, il est clair que la pharmacie du dispensaire perd de plus en plus sa clientèle. Les centres de santé communautaires n'étant pas beaucoup assistés par l'Etat, leur fonctionnement dépend presque exclusivement des cotisations sociales et de l'argent des patients pour l'achat des médicaments et les analyses biomédicales dans le laboratoire (s'il en existe). Dans le cas d'espèce, en plus du fait que les patients partent dépenser leur argent dans d'autres centres de santé pour les examens, ils sont retenus dans ces centres pour acheter les médicaments et suivre les traitements.

Du fait que les pharmacies et les laboratoires des centres de santé vendent les médicaments et les services à leurs patients, il se dissimule une concurrence entre eux. Bien qu'il s'agit d'un service publique, il est clair que sur le marché de la santé publique, le projet Dawa mobile a favorisé le centre de santé de Torrock en le rendant plus concurrent et attractif grâce à un microscope, et défavorisé le centre de santé de Zamagouin, puisqu'il est moins performant en dépendant des autres dispensaires concernant les analyses biomédicales.

Enfin, le Projet Dawa mobile, espère innover un bus pour sillonner les villages afin de faire des analyses biomédicales et sensibiliser la population. Ce bus est un véritable laboratoire mobile mais, il est n'est pas encore opérationnel pendant le séjour de recherche.

3.4. Description des principaux outils technologiques mis en œuvre par le projet

Dawa mobile

Les innovations technologiques effectives mises en œuvre par le projet Dawa mobile sont : le téléphone, le SMS, l'internet et l'E-microscope

3.4.1. L'utilisation du téléphone mobile

Le téléphone est utilisé pour faciliter les contacts entre les patients et les soignants. Ainsi, les parents souhaitant faire une consultation à leur malade, envoient un SMS sur un numéro publié par l'équipe du projet, qui envoie un agent de liaison à domicile faire des prélèvements, relever les noms, le poids et attribuer un code au malade. Ensuite, c'est toujours grâce au téléphone que les résultats d'analyse sont envoyés par le laborantin au médecin traitant par internet ou SMS et aux parents du malade. Lorsque l'analyse est positive au test de la bilharziose, le pharmacien contacte l'agent de liaison par SMS, pour qu'il apporte les médicaments emballés au malade.

Le téléphone est donc le principal outil utilisé dans le projet Dawa mobile pour les communications entre l'équipe de pilotage (le médecin, le laborantin, le pharmacien et les agents de liaisons) et les patients. Il est clair que c'est un outil accessible et dont l'utilisation est facile. De plus, il est moins cher et largement utilisé par la population locale. Contrairement aux années antérieures où il se pose un sérieux problème de réseau et de charge des batteries des téléphones, le réseau de communication est de mieux en mieux amélioré même s'il subsiste quelques perturbations de réseau autour de 18 heures à 20 heures dans la sous-préfecture de Torrock et à tout moment dans certaines zones isolées et montagneuses (Gouin, Goïgoudoum). *Airtel* et *Tigo* sont les deux opérateurs de téléphonie mobile les plus utilisés par la population locale. Toutefois, les utilisateurs d'*Airtel* sont majoritaires ; une initiative de santé mobile devrait tenir compte de cette spécificité qui pourrait influencer l'utilisation du téléphone en zone rurale.

Quant aux difficultés de charge de batterie, quelques solutions existent : il se développe davantage des activités génératrices de revenus autour de la charge des batteries de téléphones (chaque téléphone est chargé à 100 FCFA pour une charge complète). Aussi, les opérateurs de téléphonie (*Airtel* et *Tigo*) vendent des téléphones aux batteries résistantes, adaptées aux zones rurales. Malgré ces stratégies, il est clair qu'il se pose toujours un problème d'accès à l'énergie à Torrock, qui prive certaines personnes éloignées et dépourvues de pièces de monnaie, de l'usage de leurs téléphones.

La principale difficulté est que, la majorité des femmes rurales ne possèdent pas de téléphones, alors qu'elles sont les premières concernées par la santé maternelle et infantile. Car les observations de terrain montrent qu'elles sont les plus proches des patients et sont promptes à être en contact avec le service sanitaire en cas de nécessité.

3.4.2. Le SMS et l'internet

C'est un message court envoyé d'un téléphone portable à un autre. Le message téléphonique est utilisé par le projet Dawa mobile d'une part, dans les échanges d'informations entre le personnel soignant (laborantin-médecin-pharmacien-agent de liaison) et d'autre part pour établir le contact entre les patients et les soignants. Les SMS envoyés par la famille du malade sur un numéro communiqué par l'équipe de pilotage sont gratuits. A priori, c'est une technique moins chère et facile à mettre en œuvre dans les rapports soignants-patients. Cependant, elle se confronte aux réalités des zones rurales où les SMS sont peu utilisées à cause de l'analphabétisme criard surtout chez les personnes âgées et les femmes.

Pour pallier cet obstacle, le projet utilise un représentant possédant un téléphone dans chaque quartier comme intermédiaire entre les parents incapables d'utiliser le SMS et l'unité mobile, mais cette modalité risque de ralentir la prise de contact. Faudrait-il combien de représentant pour une population grandissante au jour le jour ? Peut-être faudrait-il songer aussi à la mise en place d'un système d'appel interactif sur un numéro spécifique pour entrer en contact avec les patients ? Car contrairement au SMS dont la réception peut être retardée l'appel permet de mieux expliquer d'une manière rapide l'état d'un malade qui nécessite une évacuation d'urgence. Etant donné que les deux systèmes (SMS et appel) ont des atouts et des inconvénients, ne serait-il pas nécessaire de les adopter tous les deux, en offrant ainsi le choix à l'utilisateur d'adopter le système qui lui semble le plus accessible ?

Quant à l'internet est un outil rapide et accessible pour l'échange des données médicales entre le personnel soignant et pour les dépistages rapides par des images filmés. Alors que l'internet est un moyen rapide de communication sans fil entre les utilisateurs. Mais les difficultés majeures de l'utilisation de l'internet en zone rurale persistent toujours. Il s'agit des perturbations de réseaux (difficile accès aux E-mail) ; du manque de formation en informatique de la plupart des agents de santé. De plus l'usage de ces technologies nécessite une source permanente d'énergie pour leur alimentation. L'innovation des groupes électrogènes ou des panneaux solaires sont des conditions fondamentales pour la réussite d'un projet de santé mobile en zone rurale.

3.4.3. L'e-microscope et l'e-échographie

L'e-microscope et l'e-échographie sont des appareils qui utilisent les TIC (téléphone, SMS et internet) pour transformer les informations à des fins sanitaires. Associés à ces TIC, ils jouent un rôle important dans un projet de santé mobile.

Tout d'abord, l'e-microscope est une loupe agrandissant à 180x¹¹³ posé sur l'objectif d'un smartphone adaptable au téléphone portable¹¹⁴. C'est une technologie qui utilise les TIC pour transformer l'information. Elle est conçue par les étudiants en électronique médicale à Amsterdam en Hollande et coûte environ 100 euros (65. 000 FCFA) (Lalaye, 2015). L'image à l'écran s'obtient comme une photographie qui peut être partagée comme n'importe quelle image ordinaire. Ensuite, les images filmées par les agents sont envoyées à un laborantin qui se chargera de poser les diagnostics et renvoyer à un médecin pour les prescriptions. Cela

¹¹³ Pourtant, le *schistosoma haematobium*, agent pathogène de la bilharziose est visible à partir de 60x de grossissement.

¹¹⁴ A noter que les accessoires de ce microscope sont : lampe, loupe, lames, lamelles, filtre(ou centrifugeuse), tubes, *smarphone*

s'avère utile car son utilisation ne nécessite pas de connaissances particulières en technique de laboratoire et plusieurs personnes peuvent être formées pour devenir agents de terrain en vue d'un dépistage massif de la bilharziose à distance.

L'e-échographie¹¹⁵ est une sonde d'échographie adaptée à une tablette numérique qui sera utilisée dans le bus-labo pour diagnostiquer les complications de la bilharziose, faire les échographies des grossesses et analyser d'autres maladies. Les images seront également envoyées par les applications *WhatsApp* ou *Imo* à un spécialiste en cas de doute du technicien sur le terrain. Cet appareil n'est pas une TIC mais utilise les TIC pour transformer l'information et pour son utilisation à des fins sanitaires. Ainsi, le médecin dans le bus-labo fait les échographies et donne les résultats d'analyse. Ceux qui dépassent son domaine de compétence seront envoyés à un spécialiste qui les communiquera ensuite à un chirurgien. Ce dernier prendra la décision quant à la prise en charge de cette complication qu'il transmettra à son tour au médecin qui pourra organiser l'intervention. Dans la logique d'évaluer l'apport des TIC dans la santé, les défis auxquelles se confronte l'usage des TIC dans la santé méritent d'être analysés.

3.4.4. L'utilisation du vélo et du bus-laboratoire dans le projet Dawa mobile

Le vélo est un moyen roulant facile de circuler dans les brousses. Il est utilisé par les agents de liaison pour partir au domicile du malade, recueillir les prélèvements, effectuer le pesage et relever le nom et code du patient avant de revenir faire les analyses au laboratoire du centre de santé. Aussi, c'est par le vélo que ce dernier apporte des médicaments au malade au cas où le test à la bilharziose s'est avéré positif.

Le bus-laboratoire est prévu par le projet pour assurer les liaisons entre les différents centres de santé. C'est un bus équipé par des matériels de laboratoire. Le laborantin-chauffeur est chargé de faire des analyses biomédicales et des échographies aux femmes enceintes. Toutefois, prévu pour être fonctionnel en 2017, ce bus n'est opérationnel que depuis le mois de janvier 2018. Enfin, il sera judicieux d'analyser dans les lignes suivantes, les obstacles à l'utilisation des TIC dans la santé.

¹¹⁵ Le coût de l'e-échographie est d'environ 12 000 euros (7 800 000 FCFA)

4. Les barrières à l'usage des TIC dans la santé

4.1. Les défis du projet Dawa mobile

Tout d'abord, il convient de souligner que le domaine sanitaire est aussi le reflet des réalités de la société. C'est pourquoi, les obstacles à l'utilisation des TIC dans la sous-préfecture de Torrock, analysés dans le chapitre précédent¹¹⁶ font partie des barrières à l'usage des TIC dans la santé. Au risque de faire une redondance dans les analyses, quelques principales difficultés propres au système sanitaire seront évoquées. Dawa mobile est un projet pionnier de santé mobile dans la région et qui vient en appui au système sanitaire public. Il se confronte à d'énormes challenges inhérents aussi bien au district sanitaire qu'au manque de financement.

Primo, les ressources financières qui lui sont allouées sont limitées. Cela ne lui a pas permis d'étendre ses activités aux autres villages et de procéder régulièrement aux sensibilisations et distributions des médicaments contre la bilharziose. Or la mise en œuvre d'un projet de santé mobile en zone rurale nécessite un soutien financier et un personnel compétent.

Ensuite, l'accomplissement des activités de ce projet nécessite des ressources humaines qualifiées pour assurer les suivis et évaluations régulières des activités réalisées. Etant donné que ce projet est conçu pour l'amélioration des conditions de vie de la population de la sous-préfecture de Torrock pendant une durée déterminée, il est nécessaire de mettre en place un mécanisme de suivi pour apprécier les effets produits auprès de cette population. Par exemple, la distribution des *praziquantel* gratuit ne suffit pas, il faut encore enquêter pour savoir si ces produits sont effectivement utilisés. De plus, il est nécessaire que cette distribution soit faite au moins deux fois par an et au moment opportun.

Le problème des ressources humaines se pose avec acuité. Il ne suffit pas de partager des microscopes aux centres de santé, il faut aussi s'assurer de la disponibilité des laborantins pour les faire fonctionner. Pendant la période de cette recherche de terrain, parmi les trois microscopes offerts par le projet *Dawa mobile*, seulement celui du centre urbain de santé de Torrock est utilisé par les laborantins. Le laborantin du centre de santé de Gouin est en stage à Torrock et celui de Goïgoudoum a voyagé pour N'Djamena. Bien que ce projet soit juste un appui au district sanitaire, il est nécessaire que ce projet s'implique davantage dans le suivi et

¹¹⁶ Cf. Chapitre 2. Etat des lieux des acteurs du système de soins local et de l'évolution de l'implantation des TIC au Tchad – 4. Les obstacles à l'usage des TIC par la population.

la définition d'une convention avec le district. Si ce projet aspire à se pérenniser et étendre ses activités, il devrait tenir compte de cet impératif des ressources humaines.

Par ailleurs, selon les enquêtes de terrain, la population apprécie fortement les activités du projet *Dawa mobile*, cependant les campagnes de sensibilisations effectuées ne sont pas régulières et n'utilisent pas l'opportunité que présente l'utilisation en progression des téléphones et des cartes mémoires pour faire véhiculer des messages liés à lutte contre la bilharziose. Malgré l'incidence négative de ces obstacles sur le système sanitaire et la population, il convient de démontrer comment la santé mobile peut rendre performant le système sanitaire et améliorer l' (in)formation sanitaire de la population.

4.2. Le manque d'initiatives organisationnelles de santé mobile

Comme nous l'avons souligné ci-dessus, le personnel sanitaire exploite l'opportunité offerte par les TIC pour améliorer son travail dans les cas d'urgence, les consultations ou la collecte des données. Cependant, il ressort des différents entretiens effectués, qu'il existe toujours une forme de jérémiades de la part des soignants. Ces derniers se plaignent qu'il n'y a pas un appui gouvernemental ou privé pour les former dans le domaine des TIC et offrir des outils technologiques aux dispensaires. Ainsi, en dehors du projet *Dawa mobile* apprécié mais insuffisant, l'usage des TIC par les soignants est irrégulier. Les outils téléphoniques et informatiques utilisés sont des appareils personnels des agents, utilisés à des fins professionnelles.

Pourtant, des vastes chantiers d'exploitation de santé mobile existent. Par exemple : l'innovation téléphonique pour le suivi des vaccinations des femmes enceintes et des enfants serait un atout considérable pour résorber le problème de baisse du taux de vaccination dans le district sanitaire¹¹⁷. Ce problème nécessite bien plus de sensibilisation et de suivi aussi bien des femmes que des hommes. Les relais communautaires sont insuffisants¹¹⁸. Leur stratégie qui consiste à aller de concession en concession pour chercher les enfants et femmes perdus de vue est lente et inefficace. S'il existe un répertoire téléphonique, il suffit d'un appel téléphonique pour s'en assurer.

¹¹⁷ Il ressort de l'atelier de validation organisé du 16 au 17 juillet 2017 qu'il y a une baisse du taux de vaccination maternelle et infantile dans les centres de santé de Torrock, Zamagouin et Fama. Les causes évoquées sont entre autre : les femmes ne sont pas régulières aux vaccinations ; la sensibilisation n'est pas suffisamment faite par les relais communautaires ; l'exigence des maris d'aller au champ avant les vaccinations.

¹¹⁸ Ils sont au nombre 24 pour tout le district sanitaire dont la population est d'environ 62852 en août 2017.

En outre, des études anthropologiques sur les thématiques liées à la santé sont inexistantes dans la région. Cette recherche sur la santé mobile est pionnière en la matière et ne pourrait se prétendre exhaustive. Les enjeux liés à la santé sont vastes, ils nécessitent par conséquent d'autres recherches approfondies pour favoriser le développement dans la zone.

Par ailleurs, aucun centre de santé ne dispose d'un ordinateur de travail. Les données sont écrites sur papier, c'est le chef de zones qui les saisit sur son ordinateur personnel. Ainsi le jeune district sanitaire de Torrock a grand besoin des ressources matérielles et des formations continues pour son personnel. Le chef des zones de responsabilité du district sanitaire de Torrock, Zouzabé Dontoné l'explique en ces termes :

« ... Y a les problèmes d'énergie qui compte aussi. Avec nos ordinateurs qu'on a acheté avec nos... les vieux ordinateurs avec notre argent même-là, il faut d'abord aller déposer au marché pour prendre énergie avant de se mettre au travail avec, tout ça c'est des difficultés, tout ça il faut sortir d'abord l'argent de ta poche. Y a pas budget pour ça. Parce que le district est nouvellement créé, y a pas équipement, structure d'accueil, y'en a pas, construction, y'en a pas et les outils même y'en a pas. On est là à se débrouiller pour faire les choses comme ça (...) ¹¹⁹ »

Selon les propos de cet agent le jeune district sanitaire de Torrock se confronte aux principaux problèmes tels que le manque d'infrastructures adéquates, le défaut d'énergie et des équipements de bureau. Face à ces contraintes, le personnel soignant s'adapte avec peine et s'efforce d'utiliser ses propres moyens matériels (TIC, moyens de transport) au service de santé publique.

5. La santé mobile : outil de performance sanitaire et d' (in)formation de la population

De ce qui précède, d'une part il existe des rapports à tendance conflictuelle entre les contraintes¹²⁰, le système sanitaire, la population et la connectivité¹²¹ et d'autre part, des rapports coopératifs à tendance constructive entre la santé mobile, le système sanitaire, la population et la connectivité. Dans les rapports avec les TIC, le concept de connectivité peut être appréhendé étant l'aptitude et l'action des personnes à avoir accès facile à une

¹¹⁹ Entretien du 20 juillet 2017, réalisé par l'auteur au district sanitaire de Torrock.

¹²⁰ Selon le programme *Connecting in Times of Duress* : « Originally a notion from the discipline of jurisprudence, *duress* (or in French, *contrainte*), refers to a state in which a person's ability to choose is hindered and/or a person's options are limited or have decreased. Hence, when using the notion of duress, we refer to a situation of constraint limiting the agency of a person" cf. <http://www.connecting-in-times-of-duress.nl/>

¹²¹ *Connectivity*: is defined in relation to ICTs, but not only new ICTs; it is the act of connecting; the assumption is that increased connectivity leads to changing flows of information and communication that informs people's perceptions and agency. cf. <http://www.connecting-in-times-of-duress.nl/>

information de qualité qui pourrait les ouvrir au monde et changer leurs perceptions et pratiques. La figure ci-dessous explique mieux cette corrélation ambivalente.

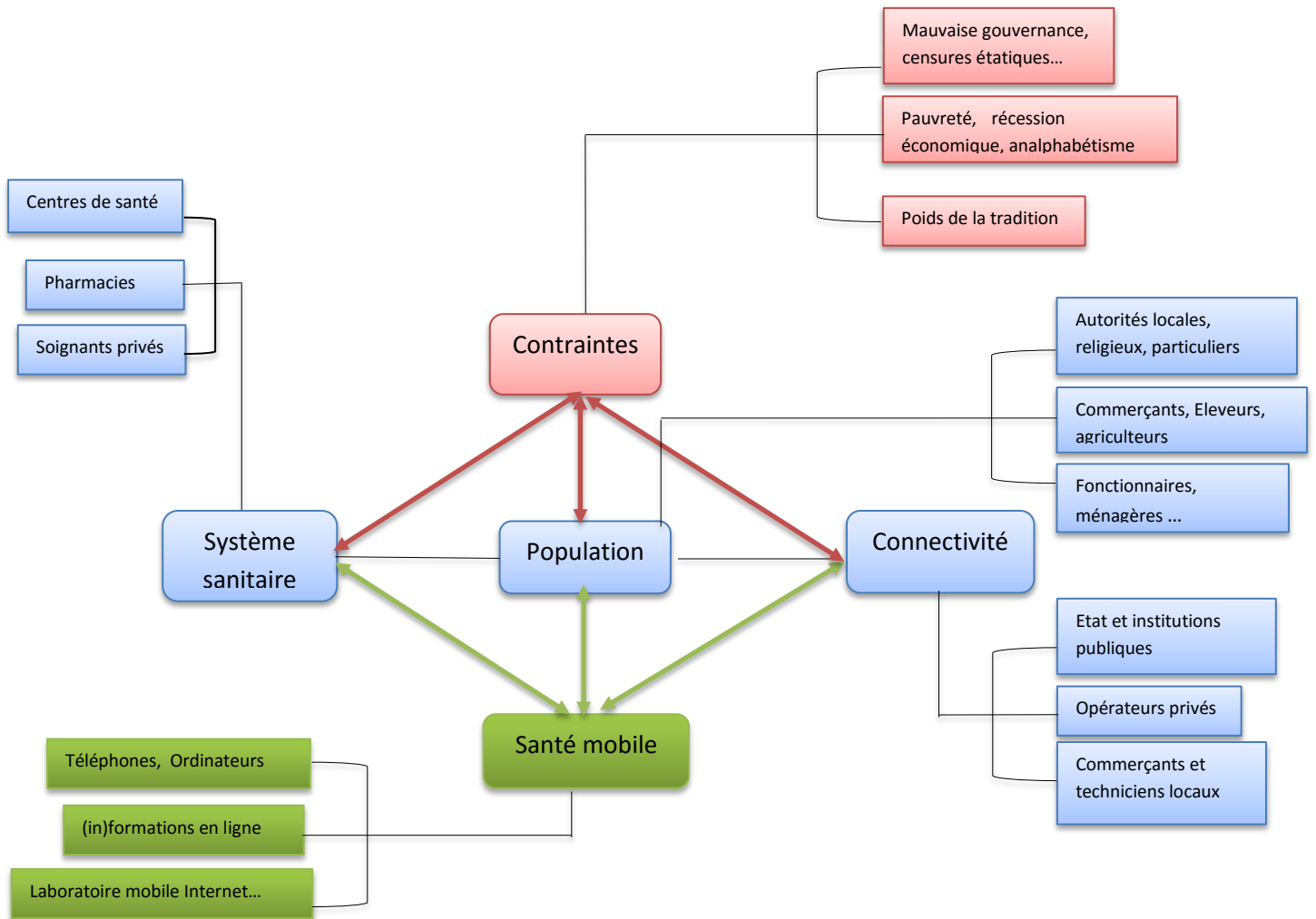


Figure 3. Schéma des rapports ambivalents entre les contraintes, le système sanitaire, la population, la connectivité et la santé mobile, © Oumar Abdelbanat, 2017

5.1. Rapports conflictuels entre les contraintes, le système sanitaire, la population et la connectivité

Il ressort des analyses précédentes, que d'une part, les contraintes socioéconomiques et politiques liées à la pauvreté, la mauvaise gouvernance, la prévalence des maladies hydriques, les censures étatiques, l'analphabétisme, le poids de la tradition sont en interaction conflictuelle avec le système sanitaire, la population, et la connectivité.

Par conséquent, à cause de ces contraintes, le système sanitaire local manque des ressources humaines et matérielles de qualité, est lent, inefficace, distant de la population. Ensuite, la population demeure sous la méfiance, la désinformation, l'isolement, la morbidité et fait recours aux soins précaires sans respecter les règles élémentaires d'hygiène... Enfin, la connectivité est contrôlée, censurée, chère et difficilement accessible à certaines personnes (analphabètes, les femmes, les pauvres)...

En retour, face à ces contraintes, le système sanitaire s'organise et s'adapte autant qu'il peut. Les acteurs sanitaires se diversifient par l'afflux d'autres acteurs comme les infirmiers du quartier, les guérisseurs, les voyants, les vendeurs de médicaments, les cabinets biomédicaux, les rebouteux. Le district sanitaire cherche l'appui des partenaires privés (ONG, associations, population, particuliers, églises), recrute localement des agents de santé, utilise des moyens de transport incertains et des outils technologiques de manière irrégulière.

Quant à la population vivant sous contrainte, elle se soigne auprès de l'acteur soignant le plus accessible et surtout moins cher. Pour la majorité de la population appauvrie, son quotidien est une lutte pour la survie, aussi minimise-elle son comportement à risque face à l'eau stagnante et consomme-t-elle des nourritures peu hygiéniques, néglige parfois les visites prénatales et les vaccinations.

En ce qui concerne la connectivité, les outils technologiques qui ont « voyagé » depuis leurs lieux de fabrication jusqu'aux zones rurales sont de plus en plus adaptés par la population. Même si leur utilisation est réduite pour certaines personnes (les femmes, les pauvres), leur usage par les autres est en progression (fonctionnaires, commerçants, soignants, jeunes...).

5.2. Interactions constructives entre la santé mobile, le système sanitaire, la population et la connectivité

Face aux conflits entre les contraintes, le système sanitaire, la population et la connectivité, la santé mobile est une innovation pour atténuer cette tension.

La santé mobile à travers ses fonctionnalités telles que les SMS, les appels, les laboratoires mobiles¹²², les sensibilisations par les outils technologiques, la collecte des données électroniques, la formation médical, permet non seulement d'améliorer la qualité des soins et rendre performant et accessible le système sanitaire mais, améliore aussi l' (in)formation sanitaire de la population et rétablit la proximité et la confiance entre la population et les soignants. Concernant la connectivité, la santé mobile l'utilise à des fins indispensables et novatrices, vers une population rurale isolée et vulnérable.

D'autre part, les acteurs du système sanitaire s'approprient la santé mobile dans les consultations, les cas d'urgence, la collecte, la gestion et l'envoi des données sanitaires ou encore dans leur formation, les suivis des patients.

Alors que la population profite des TIC pour avoir accès facile aux soins et sauver la vie des patients. Quant aux acteurs technologiques liés à la connectivité, ils s'approprient la santé mobile pour diversifier leurs activités et redorer leurs images auprès de leur clientèle.

Conclusion

De ce qui précède, les TIC présentent une utilité avérée dans le système sanitaire. Tout d'abord, en améliorant la qualité du service sanitaire, les TIC permettent à certaines personnes les plus vulnérables (les femmes, les enfants et les pauvres) à être mieux prises en charge et à améliorer leurs informations sanitaires. Aussi le projet pilote *Dawa Mobile* initié en 2015, tant apprécié par la population locale contribue à améliorer la prise en charge de la bilharziose à travers les activités de sensibilisation, le don des médicaments et des microscopes mobiles au district sanitaire. Aussi est-il prévu l'usage des E-microscopes, E-échographies et d'un bus laboratoire pour étendre ses activités. Néanmoins, il se confronte aux défis liés aux manques des ressources matérielles et humaines

Cependant l'usage des TIC dans la santé est confronté non seulement aux barrières telles que le poids de la tradition, les problèmes de réseau, les censures, l'analphabétisme mais aussi aux difficultés relatives au manque d'initiatives et de recherches en matière de santé

¹²² Utilisations d'un bus équipé d'un laboratoire mobile

mobile. De plus, bien qu'il soit tant apprécié par la population locale, le Projet Dawa Mobile manque de financement, et des moyens matériels et humains efficaces pour que sa viabilité soit pérenne.

Dès lors, conformément au modèle de contraintes-connectivité-santé souligné supra, il est constaté des relations étroites entre les contraintes, le système sanitaire, la population et la connectivité. Cela s'explique par le fait que les contraintes multiformes (entre autre pauvreté, analphabétisme, poids de la tradition) qui alourdissent le fonctionnement du système sanitaire de la zone rurale de Torrock, ont pour effet d'isoler, désinformer la population locale et rétrograder la connectivité. Par conséquent, la santé mobile fait partie des solutions car, elle se présente comme un outil de performance sanitaire, d'amélioration de l' (in)formation de la population et d'innovation dans la connectivité.

CONCLUSION GENERALE

1. Torrock : une zone rurale aux contraintes multiformes

En définitive, cette recherche qui s'est proposée d'analyser l'usage des TIC dans la santé à Torrock, s'est construite à partir des interrogations sur les raisons pour lesquelles la santé mobile n'est pas considérablement implantée en zone rurale et comment développer un programme de santé mobile pertinent et viable ?

En effet, cette étude s'est fondée sur une approche qualitative à travers les méthodes d'analyse inductive, émiqque et comparative. Les entretiens et les études de cas sont orientés vers des groupes stratégiques tels que : les malades et leurs familles, le personnel de santé, les guérisseurs, les autorités administratives et religieuses, les vendeurs de médicaments, les opérateurs mobiles. Dans ce sens, les résultats de cette recherche sont les suivants.

Tout d'abord, comme soulignées ci-dessus, les raisons qui entravent la mise en œuvre des initiatives de santé mobile en zone rurale de Torrock, sont profondément liées aux obstacles structurels tels que :

La pauvreté : selon le rapport de la Commission Economique pour l'Afrique (2016), le Tchad fait partie des pays les plus pauvres au monde. Il ressort de ce rapport que cette pauvreté est bien plus grave dans les zones rurales où elle s'élève à 52,5% en 2011. Au quotidien des villageois de Torrock, cela se manifeste par la rareté d'eau potable, l'insuffisance des infrastructures sanitaires (un seul médecin pour 50 000 habitants de la sous-préfecture de Torrock), le défaut d'électricité, la prévalence des maladies hydriques...

Les censures étatiques : il est constaté qu'entre 2016 et 2018, les autorités publiques exercent un contrôle absolu sur les réseaux de communication sur l'ensemble du territoire tchadien. Pendant les mouvements de manifestation et de grève avant et après les élections présidentielles de 2016, l'usage des SMS et de l'internet est suspendu.

L'analphabétisme : dans la sous-préfecture de Torrock, la majorité de la population féminine est analphabète. Cela confirme l'enquête de l'INSEED, qui souligne que le taux d'analphabétisme chez les femmes au Tchad s'élève à 64, 7% en 2015 (EDS-MICS 2014-

2015). Or l'analphabétisme influence l'usage des TIC qui nécessite un minimum d'aptitude cognitive auprès des utilisateurs.

Le poids de la tradition : les pesanteurs socioculturelles à Torrock se justifie par la dominance du système patriarcal qui accorde un rôle de second rang aux femmes, qui doivent se soumettre aux hommes. En conséquence, dans le ménage le pouvoir de décision du père de famille prime. Cela limite l'épanouissement social et technologique des femmes. Par exemple dans certains foyers, la possession d'un téléphone par une femme est soumise à l'autorisation du mari.

L'accès difficile aux réseaux de communication routière, téléphonique et radiophonique. Dans la sous-préfecture de Torrock les routes et les ponts sont parfois défectueux et difficiles d'accès surtout pendant les saisons pluvieuses où certains villages sont isolés des autres (Mabassiackré, Mbibou, Fama, Bamdi). De plus, il n'existe pas une radio communautaire locale et les chaînes de radio de nationale ou internationale, les radios communautaires de Pala et de Bongor sont difficiles d'être captées. De plus les réseaux d'internet et de téléphonie mobile sont difficiles d'accès vers 18 heures. Aussi, à Torrock l'usage des TIC dans la santé se confronte aux manques de financement et d'initiatives organisationnelles.

Ces principaux défis sont aussi soulignés par d'autres auteurs dans leurs travaux dans les pays en développement par exemple Duclos et *al.* (2017 : 45-47) dans ses recherches au Burkina Faso, identifie les barrières technologiques, les défis organisationnels, les problèmes de genre, les soucis de confidentialité comme étant des obstacles à l'épanouissement de la santé mobile.

2. Santé et TIC dans la sous-préfecture de Torrock : un foisonnement d'acteurs aux interactions complexes

Pour concevoir un modèle de santé mobile pertinent, il est nécessaire de tenir compte des éléments fondamentaux suivants.

De prime abord, la sous-préfecture de Torrock est située dans le Mayo Kebbi Ouest, une zone rurale où vit une population multiethnique vivant fondamentalement de l'agriculture, de l'élevage et du commerce. L'analyse du système de soins local de Torrock, démystifie toute une panoplie d'acteurs œuvrant pour la guérison des patients : le district sanitaire de Torrock est composé de huit centres de santé repartis dans les trois cantons

(Gouin, Torrock, et Goïgoudoum), auquel il conviendrait d'ajouter la pharmacie régionale d'approvisionnement en médicaments au Mayo Kebbi. Ces structures jouent un rôle crucial aussi bien dans la livraison des médicaments, les soins curatifs (consultations, analyses biomédicales, prise en charge et suivi des malades) que les soins préventifs (sensibilisation, vaccinations, CPN, assainissement). Aussi, se confrontent-elles aux manques des moyens matériels (outils de chirurgie, ambulance, salle d'observations, eau potable...) et humains (personnels administratif, sage-femme diplômée d'Etat). Ensuite, les soignants du privé constitués d'un cabinet biomédical de soin traditionnel installé à Torrock pour six mois, des pharmacies, des infirmiers du quartier, des vendeurs de médicament, des voyants, rebouteux, des religieux et d'autres guérisseurs qui contribuent aussi à soigner la population locale. Le choix de ces divers thérapeutes dépend autant du type de maladie dont souffre le patient que des facteurs multiples liés à la catégorie socioprofessionnelle dont est issue ce dernier. Toute fois depuis quelques années l'expérience montre une tendance progressive à faire recours aux centres de santé. Dans ce contexte, l'évolution de l'implantation des TIC au Tchad est influencée par la colonisation, les crises sociopolitiques et les mutations à l'échelle internationale où dorénavant le libéralisme et la construction de la société de l'information sont des valeurs en vogue à l'aube du XXI ème siècle. C'est ainsi que si c'est à partir de 1998 que le secteur des télécommunications est officiellement libéralisé au Tchad, c'est au début des années 2000 que les opérateurs de téléphonie (*Tigo, Airtel, Salam, Tawali*), les stations de radio privées se sont implantés et diversifiés au Tchad. Une telle configuration réelle des rapports entre les acteurs soignants et leur milieu confirme à bien des égards, l'approche structure-agencéité qui se focalise sur les interactions entre l'acteur et les contraintes de sa société et dont certains tenants sont Olivier de Sardan, Norman Long, Van Dijk, de Bruijn et Gewald.

En deuxième lieu, tout en s'inscrivant dans la filiation des travaux sur l'anthropologie politique de santé qui s'intéressent principalement aux rapports de pouvoir et les inégalités de santé (Fassin, 1992), (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003), l'analyse des rapports du système sanitaire avec la population locale révèle que d'une part, ces rapports se manifestent par l'existence des comités de santé au sein de chaque centre de santé, qui participent dans la gestion de ces centres de santé communautaires et assurent l'intermédiation avec la population locale. Mais élus par la communauté, les membres des COSAN s'enlisent dans la routine et manquent d'innovation dans l'entretien des centres de santé. C'est pourquoi l'état d'hospitalité de ces établissements de santé est entaché d'insalubrité, de manque de matériels

élémentaires (eau potable, nattes, lits...) pour l'accueil et la prise en charge des patients, alors que les consultations des voyants relevant du mysticisme et du symbolique se font dans des vieilles cases, en manipulant des objets symboliques (colliers, cauris, gui, perle, potion magiques). Quant aux comportements des soignants, bien que ternis par quelques écarts entre les normes et pratiques professionnelles, leurs attitudes vis-à-vis des patients est bien plus chaleureuses et familiales¹²³, contrairement aux travaux dirigés par Jaffré et Olivier de Sardan (2003) dénonçant le comportement inhospitalier des agents de santé dans certaines villes d'Afrique de l'Ouest. Alors que les patients dans une certaine mesure se plaignent de la cherté des médicaments des centres de santé par rapport aux vendeurs de médicaments et les infirmiers du quartier. D'autre part, les rapports du système sanitaire avec les autorités locales, les religieux et éducateurs montrent un sens profond de coopération (subordination des soignants, mobilisation sociale, intermédiation, sensibilisation, protection des autorités) mais aussi de tensions (incompréhension, endettement). Ainsi, la complexité de ces rapports du système sanitaire avec la population montrent que le champ de la santé est une sorte d'arène publique de confrontation et coopération entre les acteurs sociaux de la sous-préfecture de Torrock (cf. Fassin, 1992). Les enjeux sanitaires intéressent l'ensemble de la population qui s'y implique par des actions collaboratives et conflictuelles. La santé se manifeste comme un miroir de contemplation des rapports sociaux. Par ailleurs, il est constaté des inégalités sociales de santé, liées aux disparités entre riches et pauvres dans la quête des soins et l'inégalité de genre influencée par le poids socio-culturelle. Heureusement qu'il existe quelques mesures d'atténuation de ces déséquilibres : les cotisations de la population, les endettements, le troc, la gratuité des soins.

Ensuite, en s'inspirant de la théorie des relations entre technologies et société ainsi que la théorie de la translation¹²⁴, les enquêtes et les descriptions de l'utilisation des TIC à Torrock, révèlent d'une part que l'appropriation des TIC par les utilisateurs locaux se manifeste autant dans les activités commerciales (vente de crédits et appareils, charge de batterie, dépannage, animation, transfert de musique et d'argent) que dans leurs vies quotidiennes (usage des SMS, appel, des radios, télévision, carte mémoire, clé USB) et les mobilisations de masse (réunion, rencontre amicale, sensibilisation). D'autre part, les TIC sont aussi utilisées par les soignants dans les consultations, les cas d'urgence, la collecte, l'envoi des données sanitaires et les communications professionnelles.

¹²³ Même s'il est remarqué dans l'enquête quelques écarts entre les normes et les pratiques de la part des soignants (non-respect des horaires, absence, manque d'hygiène, trafic des médicaments...)

¹²⁴ Cf. l'introduction

Ainsi, par une approche comparative, l'évaluation du rôle des TIC dans la santé souligne qu'en améliorant la qualité du service sanitaire, les TIC permettent à certaines personnes les plus vulnérables (les femmes, les enfants et les pauvres) à être mieux prises en charge et à améliorer leurs informations sanitaires. Aussi le projet pilote *Dawa Mobile* initié en 2015, tant apprécié par la population locale contribue à reformer et accélérer la prise en charge de la bilharziose à travers les activités de sensibilisation, le don des médicaments et des microscopes mobiles au district sanitaire.

3. Contraintes – connectivité – santé : vers un modèle d'analyse de la mise en œuvre d'une initiative de santé mobile

Dès lors, il ressort que la particularité de cette recherche liée à la santé mobile, est de contribuer à élaborer un modèle d'analyse qui se focalise sur les relations entre *contraintes - connectivité – santé*. Sur la base de ce modèle, il est constaté que les réalités locales de Torrock, montrent que les contraintes ont des effets négatifs sur le système sanitaire, la population et la connectivité, alors qu'il existe des interactions constructives ou positives entre la santé mobile, le système sanitaire, la population et la connectivité¹²⁵. Ces rapports ambivalents s'expliquent par le fait que, face à aux contraintes multiformes telles que l'accès difficile, la lenteur de la prise en charge, le manque des moyens matériels et humains qui discréditent les acteurs du système sanitaire de Torrock ; désinforment la population et rétrogradent la connectivité ; la santé mobile se présente comme un outil qui contribue à la performance sanitaire, à l'amélioration de l' (in)formation de la population et à l'innovation.

De ce point de vue, la deuxième partie de ce modèle rejoint les travaux sur les TIC au service du développement tels que Loukou, (2012) qui souligne que les TIC favorisent un accès plus facile et moins cher à l'information ; ensuite Chapman et Slaymaker, (2002) qui pensent que l'amélioration de l'information dans une zone rurale peut aussi contribuer à changer positivement la prise de décision. Ces obstacles, avantages et défis des TIC dans la santé ont également fait l'objet d'autres travaux soulignés ci-dessus (Daftary et *al.*, 2017 ; R. Bigna et *al.*, 2014 ; Nhavoto et *al.*, 2017 ; Sheba, 2016 ; Shao, 2012) ; Kahn et *al.*, 2010 ; Moucheraud et *al.*, 2017; Bouraima et Çetin, 2017 ; Bagayoko et *al.*, 2011).

Mais ces auteurs ne sont pas attardés sur les liens entre les contraintes-connectivité – santé qui peuvent influencer la viabilité d'un projet de santé mobile. Car, il ressort de l'étude

¹²⁵ Cf. chapitre 6. Figure 4. Représentation des rapports ambivalents entre les contraintes, le système sanitaire, la population, la connectivité et la santé mobile.

du cas de *Dawa mobile* de Torrock que, plus les contraintes sont majeures dans une zone rurale, plus les obstacles et défis sont lourds à supporter pour la réussite d'une initiative de *Mhealth*. Ainsi, le discours facilement joyeux sur la santé mobile mérite d'être atténué et contextualisé en fonction de la zone d'intervention qui pourrait paraître facile en zone urbaine, mais difficile en zone rurale où le minimum requis dans les secteurs de l'éducation et les infrastructures de communication n'est pas encore réuni. C'est pourquoi, il convient de préciser que ce modèle nécessite une forte mobilisation pour sa mise en application durable dans cette zone rurale pauvre dépourvue d'une radio communautaire locale. Un accent particulier sur la sensibilisation de masse est un atout pour que la population s'approprie la santé mobile et comprenne son sens et son importance pour le bien-être social. Pour favoriser sa pérennité, une initiative de santé mobile devrait aussi développer d'autres domaines connexes tels que l'électricité, l'éducation, la communication communautaire, l'hygiène et l'assainissement.

In fine, cette recherche s'est confrontée à quelques difficultés majeures liées à l'interprétation des langues locales et aux intempéries climatiques¹²⁶. Néanmoins, elle fait partie des rares travaux en anthropologie de la santé au Tchad s'intéressant à la santé mobile. Car à l'ère de la mondialisation, le numérique devient de plus en plus une sorte de paradigme qui révolutionne les sciences humaines. C'est pourquoi certaines thématiques non-approfondies par cette recherche à l'exemple de : l'analyse de la politique nationale de la santé mobile ; la conception et l'applicabilité de la santé mobile en zone rurale ; les rôles des ONG dans la santé ; la formation médicale des agents de santé, les facteurs politiques dans la santé ; l'approche comparative de la santé mobile en zone rurale et urbaine sont de vastes champs à explorer.

¹²⁶ La saison pluvieuse a rendu difficile l'accès à certains villages et interrompu certains entretiens.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ouvrages

- Augé, M. et Herzlich, C. (dir.) (2005), *Le sens du mal*, Edition des archives contemporaines, France, 278 p.
- Behrends, A., Park, S-J. et Rottenburg, R. (dir.) (2014), *Travelling models in african conflict management, translating technologies of social ordering*, Brill, Leiden-Boston.
- Benoist, J. (2002), *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale*, AMADES, Paris, 360 p.
- Fassin, D. (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique*, PUF, Paris.
- Jaffré, Y. et Olivier de Sardan, J.-P. (dir.) (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Apad-Karthala, France, 462 p.
- Konodji Guelngar, R. (2013), *Le Tchad et l'histoire des TIC : Etat des lieux et perspectives 1950-2013*, L'Harmattan, Paris
- Nowotny, H., Scott P. et Gibbons M., (2003), *Repenser la science*, Bélin, Paris
- Quivy, R. et Van Campenhoudt, L. (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris.
- Retel Laurentin, A., (dir.) (1987), *Etiologie et perception de la maladie dans les sociétés modernes et traditionnelles*, L'Harmattan, Paris,
- Salomon, J.J. (1993), *Le destin technologique*, Folio / Actuel, Gallimard, Paris
- Sclove, R. (2003), *Choix technologiques, choix de société*, Descartes & Cie, Paris
- Tchazabé Louafaya, M. (1990), *Contes mondang du Tchad*, KHARTALA-ACCT.
- Valenduc, G. (2005), *La technologie, un jeu de société – Au-delà du déterminisme technologique et du constructivisme social*, Éd. Academia Bruylant, Louvain-la-Neuve
- Vidal, L. (2010), *Faire de l'anthropologie. Santé, science et développement*, La Découverte, Paris.
- de Sardan, Olivier J-P. (1995), *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*, KARTHALA, Paris.

2. Contributions aux ouvrages collectifs

- Augé, M., « Ordre biologique, ordre social ; la maladie, forme élémentaire de l'évènement », in Augé, M. et Herzlich, C., (dir.) (2005), *Le sens du mal*, Edition des archives contemporaines, France, pp. 35-91.

- Herzlich, C., « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social » in Augé, M. et Herzlich, C., (dir.) (2005), *Le sens du mal*, Edition des archives contemporaines, France, pp. 189-215.
- de Sardan, O., J.-P., « Anthropologie de la santé », in Mesure, S. et Savidan, P. (2006), *Le dictionnaire des sciences humaines*, PUF, Paris, pp.1039-1041.
- Sperber, D., « L'étude anthropologiques des représentations : problèmes et perspectives », in Jodelet, D. (dir.) (1989), *Les représentations sociales*, PUF, Paris, pp. 133-148.
- Tacchi, J., « Digital Engagement: Voice and Participation in Development », in Heather A. Horst and Miller, D. (éd.) (2012). *Digital Anthropology*, Berg, London-New York, pp. 225-241
- Van Dijk, R., de Bruijn, M. & Gewald, J-B. (2007), « Social and historical trajectories of agency in Africa: An introduction », in Van Dijk, R., de Bruijn, M., & Gewald, J-B. (dir) (2007), *Strength beyond structure*, Brill, Leiden - Boston

3. Articles des revues scientifiques

- A. Patil, Dhanraj (2011), « Mobile for Health (mHealth) in Developing Countries: Application of 4 Ps of Social Marketing », *Journal of Health Informatics in Developing Countries*
- Ali Ag Ahmed, M., Gagnon, M-P., Hamelin-Brabant, L., Mbemba G. I. C. et Alami, H. (2017), « A mixed methods systematic review of success factors of mhealth and telehealth for maternal health in Sub-Saharan Africa », *MHealth*, pp.1-10. disponible sur *mHealth* <http://dx.doi.org/10.21037/mhealth.2017.05.04>
- Aubry, P. et Gaüzère, B.-A. (2015), « Schistosomoses ou bilharzirose », *Médecine Tropicale*
- Augé, M. (1986), « L'anthropologie de la maladie », in *L'homme*, tome 26 n°97-98. *L'anthropologie : état des lieux*, pp.81-90.
- Bagayoko, C. O., Anne, A., Fieschi, M. et Geissbuhler, A. (2011), « Can ICTs Contribute to the Efficiency and Provide Equitable Access to the Health Care System in Sub-Saharan Africa? The Mali Experience », *IMIA Yearbook of Medical Informatics* , pp.33-38).
- Boughzala, Y., Bouzid, I., Moscarola, J. (2012), « Le rôle des réseaux sociaux et des TIC dans les révolutions arabes : les résultats d'une enquête ». Disponible sur le site :

http://www.lesphinxdeveloppement.fr/blog/wpcontent/uploads/2012/04/YB_IB_JM.pdf, consulté le 28 mars 2018.

- Gonzalez-Quijano, Y. (2011), « Les "origines culturelles numériques" des révolutions arabes. », *Internet: Toward an International Cyberpolitics ?*, Paris, France. <halshs-00615005> disponible sur le site : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00615005>
- Benchenna, A. (2011), « Les TIC dans les pays des Suds : quarante années de recherche 1970-2010 », *tic&société* [En ligne], Vol. 5, n°2-3, URL : <http://ticetsociete.revues.org/1130> ; DOI : 10.4000/ticetsociete.1130, consulté le 23 décembre 2016.
- Zouari, K. (2013), « Le rôle et l'impact des TIC dans la révolution tunisienne », *cairn.info*, disponible sur le site : <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2013-2-page-239.htm>
- Biays, S., Stich, A. H. R., Odermatt, P., Long, Ch., Yersin, C. et Men, Ch. (1999), « Foyer de bilharziose à *Schistosoma mékongi* redécouvert au Nord du Cambodge : perception culturelle de la maladie ; description et suivi de 20 cas cliniques graves », *Tropical Medicine and International Health*, volume 4, n°10, pp 662-673.
- Bigna, J.J., Noubiap, J.J., Plottel, C., Kouanfack, Ch. et Koulla-Shiro, S. (2014), « Barrier to the implementation of mobile phone reminders in pediatric HIV care : a pre-trial analysis of the cameronian MORE CARE study », *BMC Health Service Research*
- Brinkel, J., Dako-Gyeke, Krämer, A., May, J. et Fobil, J. N. (2017), « An investigation of users' attitudes, requirements and willingness to use mobile phone-based interactive voice response systems for seeking healthcare in Ghana : a qualitative study », *Public Health*, 144, pp.125-133.
- Brinkel, J., Krämer, A., Krumkamp, R., May, J. et Fobil, J. N. (2014), « Mobile phone-based mHealth approaches for public health surveillance in sub-saharan Africa: a systematic review », *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 11, pp. 11559-1158
- Brinkel, J., May, J., Krumkamp, R., Lamshoft, M., Kreuels, B., Owusu-Dabo, E., Mohammed, A., Bonacic Marinovic, A., Dako-Gyeke, P., Krämer, A. et Fobil, J. N. (2017), « Mobile phone-based interactive voice response as a tool for improving access to healthcare in remote areas in Ghana – an evaluation of user experiences », *Tropical Medicine and International Health*, volume 22 no 5 pp 622–63

- Carricaburu et Cohen (2002), « L'anthropologie politique de la santé. Une pratique engagée de la recherche. Un entretien avec Didier Fassin », *Innovations et Société*, n°2 pp. 9-16.
- Chapman, R. et Slaymaker, T. (2002), “*ICTs and rural development: Review of the literature, current interventions and opportunities for action*”, Overseas Development Institute, London
- Daftary, A., Hirsch-Moverman, Y., M. Kassie, G., Melaku, G., Gadisa, T., Saito, S., Howard, A. (2016), « A qualitative evaluation of the acceptability of an interactive Voice response system to enhance adherence to isoniazid preventive therapy among people living with HIV in Ethiopia », *AIDS Behav* , disponible sur <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>
- Dahmani, A. (2003), « Les TIC : une chance pour l’Afrique ? » Disponible sur le site http://ahmeddahmani.free.fr/recherche/TIC_afrique.pdf, consulté le 23 décembre 2016.
- Duclos, V., Yé, M., Moubassira, K., Sanou, H., Sawadogo, N. H., Bibeau, Gilles et Sié, A. (2017), « Situating mobile health : a qualitative study of mHealth expectations in the rural health district of Nouna, Burkina Faso », *Health Research Policy and Systems*
- Genest, S. (1979), « Recherche anthropologique: techniques et méthodes », in *Perspectives anthropologiques. Un collectif d'anthropologues québécois*, chapitre 19, pp. 333 à 344, Montréal: Les Éditions du Renouveau pédagogique, 1979, 436 pp. disponible sur le site http://www.uqac.ca/Classiques_des_sciences_sociales , consulté le 04 janvier 2017.
- Gigase, P.I., Mangelschots, E., Bockaert, R., Autier, P. et Kestens, L. (1988), « Indicateurs simples de la prévalence et de l’intensité de la bilharziose urinaire au Tchad », *Ann. Soc. Belge, med. Trop.* , 68, pp. 123-132.
- Gurupur, V. P. et Wan, Th. T. H. (2017) « Challenges in implementing mHealth interventions: a technical perspective » pp.1-5 disponible sur <http://dx.doi.org/10.21037/mhealth.2017.07.05>
- Hall, S. Ch., Fottrell, E., Wilkinson, S. et Byass, P. (2014), « Assessing the impact of mHealth interventions in low- and middle-income countries what has been shown to work? », *Global Health Action*

- Hoinathy, R. (2016), « De la virtualité comme nouveau ressort de la résistance sociale au Tchad ? », *Alternative sud*, vol. 23, éd. Silepse, pp. 149-153.
- Hudelson, P. (2008), « Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine ? », *Santé conjugulée* - octobre 2008 - n ° 46, pp. 35-39.
- Kahn, J. G., Yang, J. S., & Kahn, J. S. (2010), « Mobile health needs and opportunities in developing countries », *Health Affairs*, 29(2), 252-258
- Loukou, A. F. (2012), « Les TIC au service du développement en Afrique ». simple slogan, illusion ou réalité ? », *tic&société* [En ligne], Vol. 5, n°2-3 | URL : <http://ticetsociete.revues.org/1047>, consulté le 2 janvier 2017
- Moucheraud, C., Schwitters, A., Boudreaux, C., Giles, D., H. Kilmarx, P., Ntolo, N., Bangani, Z., E. St.Louis, M. et Bossert, Th. (2017), « Sustainability of health information systems: a three-country qualitative study in southern Africa », *BMC Health services research*
- Nhavoto, J. A., Grönlund, A., Klein, G. O. (2017), « Mobile health treatment support intervention for HIV and tuberculosis in Mozambique: Perspectives of patients and healthcare workers », *PLoS ONE* 12 (4): <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176051>
- Omanda Bouraima et Çetin (2017), « Opportunities and development of e-health in africa: gabon case », *Mugla Journal of Science and Technology*, Vol 3, No 1, pp.39-44
- Shao Deo, D. (2014), « Leveraging on Mobile Telephony to Strengthen Child Birth Registration Process in Tanzania: Proposed Prototype », *International journal of Computer Science & Network Solutions*, -Volume 2.No4, disponible sur <http://www.ijcsns.com>, consulté le 28 December 2016
- Valenduc, G. et Vendramin, P. (2004), « Fractures numériques, inégalités sociales et processus d'appropriation des innovations ». disponible sur le site : <http://www.ftu-namur.org> ; consulté le 10 janvier 2017.
- de bruijn, M. (2016), « Internet and the android youth in Tchad », *Bridging Humanities* ; disponible sur le site <http://croquemort.bridginghumanities.nl/internet-and-the-android-youth-in-chad/>, consulté 28 mars 2018
- de Bruijn, M. (2018), « Croquemort : a biographical journey in the context of Chad », *Bridging Humanities*, disponible sur le site : <http://croquemort.bridginghumanities.nl/>, consulté 28 mars 2018.

4. Mémoires et thèses académiques

- Abdelbanat, O. (2017), *La perception de la bilharziose par la population de Torrock*, Mémoire de Master 1 d'Anthropologie, Université de N'Djamena, Tchad.
- Noubaramadje, M. (2006), *Système de Santé au Tchad et l'appui du projet Santé 8^{ème} FED : bilans et perspectives*, Mémoire de fin d'Etude du Second Cycle, ENAM, Tchad.
- Ould Ahmedou, M. (2013), *Les bilharzioses dans la Moughata de Keur-Macene en Mauritanie : connaissances, attitudes et pratiques auprès des élèves des huit villages en octobre 2012*, Mémoire de Master en santé publique, Université d'Andalousie en collaboration avec l'Université de Nouakchott,.
- Padjouli F. et Tchombaye K. (1984), *L'histoire du village "Torrock" avant et après la mission catholique*, Monographie de fin d'année, Ecole Normale des Instituteurs
- Saïd, A-S. (2011), *Evaluation de la schistosomiase urinaire chez les enfants d'âges scolaires : cas des écoles de la ville de N'Djamena*, Mémoire de Master spécialisé, 2IE, Ouagadougou.
- Seli, D. (2013), *(De) connexions identitaires post-conflit : Les Hadjeray du Tchad face à la mobilité et aux technologies de la communication*, Thèse de Doctorate en Sciences humaines, Université de Leiden.
- Shao, D. (2012), *A Proposal of a Mobile Health Data Collection and Reporting System for the Developing World*, Master thesis, School of Technology, Department of Computer Science, Sweden

5. Rapports et actes des colloques

- Bachar Bong, A. (2015), « Ecosystème des TIC au Tchad », Papier présenté en Tunisie lors du 15^{ème} Sommet d'Internet d'Afrique tenu du 24 mai au 5 juin 2015, disponible sur le site : internetsummitafrica.org, consulté le 23 décembre 2016
- Commission Economique pour l'Afrique (2017), *Profil de pays 2016 – Tchad*, Rapport disponible sur le site : www.uneca.org/publications , consulté le 17 janvier 2018.
- de Bruijn, M. (2017), *Citoyenneté turbulente dans l'époque de nouvelles TIC au Tchad*. Colloque international « Société civile et Gouvernance », N'Djamena.
- Development Institute London Consulting, P. A. V. W. (2009), *Health information systems in developing countries; a landscape Analysis*, Vital Wave Consulting
- European Data Protection Supervisor (2015), *La santé mobile, concilier innovation technologique et protection des données*, Avis 1/2015

- Forum PCMA (2014), *Utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) innovantes dans la prestation de services en matière de nutrition*, disponible sur www.cmamforum.org, consulté le 20/12/2016
- Gerber, W. (2011), *L'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour les programmes de planification familiale, santé de la reproduction et autres programme de la santé*, projet AIDSTAR-TWO.
- Kalbet, D. (2001), *Rapport de stage monographique effectué du 13 au 12 septembre 2001 à Torrock, Tchad*, Ecole Technique d'Agriculture de Maroua.
- McNamara, K. (2007), *Improving health connecting people: the role of ICTs in the health sector of developing countries*, Infodev, working paper N01. Disponible sur le site <http://www.infodev.org/en/Document.84.pdf> consulté le 29 décembre 2016
- Moleux, M., Schaetzel, F. et Scotton, C. (2011), *Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. Disponible sur le site : www.Ladocumentationfrançaise.fr/var/storage/rapport-publics/114000580.pdf , consulté le 17 janvier 2018
- OMS (1981), *Prise de décision à l'échelon national pour les soins de santé primaires*, Genève
- Sangho, H., Dabo, A., Coulibaly, H. et Doumbo, O. (2005), *Prévalence et perception de la schistosome en zone de riziculture irriguée au Mali*, Centre de recherche d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant.
- Service allemand de développement (CART), *Programme pour la promotion des femmes rurales du Poste Administratif de Torrock*, Rapport annuel de 1992
- Breye, V. (1997), *Monographie diagnostic de développement économique et rurale de la région de Torrock, S/P de Pala, N'Djamena*

ANNEXES

Annexe 1 : Parcours de vie de Kourana Raphael, un agent du cabinet biomédical de médecine traditionnel

Kourana Raphael est un tchado-camerounais de 34 ans. Il raconte son parcours de vie qui explique mieux l'itinéraire et la mobilité du cabinet biomédical entre le Cameroun et le Tchad.

« Je suis grandi au Cameroun. J'avais fait la médecine chinoise en 2003, en ce temps, quand j'étais encore masseur. Une fois fini au niveau de massage, bon mon patron m'a entraîné la médecine chinoise toujours; j'ai fait la médecine chinoise en 2003-2004, 2005-2006, ça c'est au niveau de la pharmacie chinoise. Une fois fini, on a essayé de gérer la pharmacie et la première pharmacie c'était d'abord en 2007-2008, ça c'est à Garoua, après on est entré à Madiré dans le grand Mayo Rey (nord Cameroun) ; une fois fini là-bas d'abord on est entré en 2009 (au Tchad). Là on a commencé à travailler. La première ville, ça c'est à Bainamar dans le Logone (au sud du Tchad). Une fois fini à Bainamar, on est entré à Moundou, ça c'est au quartier Bomian qu'on a ouvert (ouvert) à Moundou. Une fois fini à Moundou on est entré ici d'abord à Pala, et nous sommes venus en 2010 à Torrock, nous avons fait huit mois. En ce temps-là, on est chez le chef là. Une fois fini ici à Torrock. Une fois fini à Torrock, on a fini en 2010, en 2011 on est parti encore ouvrir en face de la banque de Kelo, on a ouvert, on a fait trois mois, en ce temps, après trois, on nous a renvoyé, parce qu'ils veulent d'abord voir le papier ministériel. De Kelo là, on est monté directement à Sarh. Bon à Sarh, on a duré là-bas ; je peux dire c'est presque trois ans, de 2011 à 2013. 2013, on a quitté de Sarh, on est monté directement au nord, ça c'est à Bokoro. On a commencé par Bokoro, on a fait un an et huit mois. C'est en ce temps-là, que bon ... comme les nordistes là, ils aiment aussi... que comment d'abord même la médecine chinoise, ils voient seulement d'abord même les camerounais un peu partout là. Donc ils ne veulent pas voir notre tête. C'est en ce temps-là, on est entré directement à... euh j'ai même oublié le nom du village là... Ati. On est parti faire huit mois d'abord au centre d'Ati ; (à Mongo c'est cette année-là d'abord on est parti)Ati là, on est revenu encore à Massakori, 120 km de N'Djamena, une fois fini à Massakori... sinon Massakori, c'est le délégué sanitaire qui nous a renvoyé... bon c'est le même truc même ; il veut d'abord voir le produit là, il veut lire, que comment d'abord le produit là tout en chinois là... oui y a tous les papiers là. Parce que les gens que tu devais les respecter là, dans les centres, c'est d'abord le délégué sanitaire, sinon c'est notre patron qui a négligé ce que on a signé contrat avec lui là (le délégué sanitaire), il est parti au Cameroun, il a duré, on n'a même pas versé ce qu'il a demandé. C'est ça qui l'a amené de nous renvoyer... parfois chaque mois on lui donnait pour son crédit... on nous a renvoyé de Massakori, on est allé à Faya centre. C'est à Faya que moi je suis rentré en décembre (2016) à N'Djamena. Donc en ce temps moi j'ai commencé à construire... sinon ils ont construit ma maison à Massakori, une fois fini je suis arrivé à Pala centre (au siège). J'ai pris une femme de Bainamar, on a un garçon, il a préféré resté à Garoua mais en décembre là on m'a appelé pour me dire que ma femme-là, elle s'est déjà mariée à un autre gars ¹²⁷».

¹²⁷ Entretien réalisé par l'auteur, le 10 août 2017, dans la cour du cabinet biomédical.

Annexe 2 : consultation prénatale et vente des médicaments à Torrock



Consultation prénatale au centre de santé urbain de Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017



Causerie éducative avant la consultation prénatale au centre de santé de Zamagouin, © Oumar Abdelbanat, 2017



Exposition des médicaments dans la pharmacie du centre de santé de Zamagouin, © Oumar Abdelbanat



Exposition des médicaments au marché de Goigoudoum, © Oumar Abdelbanat

Annexe 3 : utilisation locale des TIC



Pylônes d'antenne Tigo et airtel implantés à Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017



Utilisation des ordinateurs par les soignants lors d'un atelier de validation des données sanitaires organisé dans la bibliothèque de Torrock, © Oumar Abdelbanat, 2017.

Annexe 4 : liste des personnes interviewées durant les recherches de terrain

6.1. Entretiens individuels

Prénoms et Noms	sex e	âge	fonction	Lieu et date d'interview (s)	Objet et/ou type d'entretien
Aboubakar Mahamat	M	44	Imam	18/08/2017 à la mosquée de Torrock	Rôle des religieux dans la santé
Aïssatou Mazemay	F	29	Sage-femme au centre de santé de Goïgoudoum	20/07/2017 à Goïgoudoum	Attitudes des femmes vis à vis du centre de santé/suivi des femmes enceintes
Alafi Haïssou	M	32	Agent privé de sécurité du pylône d'Airtel	17/07/2017 à Torrock	Téléphonie mobile
Alphonse Zozabé Dontoné	M	43	Chef des zones de responsabilité du district sanitaire de Torrock	20/07/2017 à Torrock	Rôle des agents de santé/ usage des TIC dans la santé/ projet Dawa mobile
Blam Watou	M	77	rebouteux	Torrock	Rôle des rebouteux
Edouard Blanga	M	37	laborantin	28/08/2017 à Fama	Récit de vie/ histoire du centre de santé de Fama/ utilisation du téléphone
Bonaventure Pombé	M	47	Agent d'assainissement	19/08/2017 à Torrock	Récit de vie/ l'assainissement/sensibilisation de la population
Breye Zouah	M	47	guérisseur	12/07/2017 à Torrock	Récit de vie/ prise en charge des malades
Claire Matchoubou	F	52	matrone	22/08/2017 à Torrock	La prise en charge des femmes enceinte au centre de santé
Dan Wonbi	M	54	Chef du village de Goundaye	24/08/ 2017 à Goundaye	Rôle des autorités traditionnelles dans la santé/ usage des TIC
François Tanéni	M	47	ouvrier	12/07/2017 à Torrock	Itinéraire thérapeutique
Jean-Baptiste Danay	M	19	Élève et débrouillard	10/07/2017 à Torrock	Usage des TIC par la population
Dezoumbé Yadia	M	26	Agent technique de santé au centre de santé de Goïgoudoum	20/07/2017 à Goïgoudoum	Fonctionnement du centre de santé et ses rapports avec les autorités locales et la population
Didier Dingamro	M	34	Responsable de la succursale de PRAMK à Pala	30/08/2017 à Pala	Rapport de la PRAMK avec les centres de santé/utilisation des TIC
Didier Lalaye	M	33	Médecin	11 août 2017 à N'Djamena	Projet <i>Dawa mobile</i>
Djam Tchali	M	78	Chef de village de Fama	Le 28/08/2017 à Fama	Rôle du chef de village dans la santé
Djawa Maïssala	M	36	Infirmier du quartier	19/07/2017 à Gouin	La prise en charge des malades/ récit de vie
Djido Ndari	M	26	Chef de terre du canton Torrock	24/08/2018 à Torrock	Rôle du chef de terre
Doubélé Koyabélé	M	80	Chef de quartier Lampoche	23/08/2017 à Balani	Rapport de la population avec le centre de santé
Emmanuel Débalbé	M	38	laborantin	26/07/2017 à Mabassiackré	Rapport du centre de santé avec la population et les autorités locales
Fadang Yaba	M	48	Président du comité de santé de Balani	14/07/2017 à Balani	Rôle du COSAN et des autorités locales dans le centre de santé
Gonodji	M	36	MCD	06/07/2017 à	Fonctionnement du district/

Tebret				Torrock	projet Dawa mobile/ rapport du district avec les autorités
Gouara Massou	M	52	Enseignant et président du Comité de santé de Gouin	09/08/2017 à Gouin	Fonctionnement du COSA/Attitudes des femmes vis à vis du centre de santé/
Guirki Faba	M	45	Agent d'assainissement	19/08/2017 à Torrock	Rôle des agents d'assainissement dans la santé
Jean Berchmans	M	45	Curé de la paroisse de Torrock	21/08/2017 à Torrock	Rôle des religieux dans la santé/ différence entre riche et pauvre
Jean Djondang	M	52	Chargé de PEV et relais communautaire	19/07/2017 à Gouin	Relation du centre de santé avec la population locale
Jonas Pafing	M	55	caissier du Centre de santé urbain de Torrock	05/07/2017 à Maka	Rôle du COSA et COGES
Kabé Tchoubou	M	42	Chef de Canton de Torrock	19/08/ 2017 à Torrock	Rapport des autorités locales avec les centres de santé
Gilbert Kagonbé Zouah	M	30	Agent d'assainissement	22/07/2017 à Torrock	Rôle des agents d'assainissement dans la santé
Kiouri Bataoussa	M	57	Sous-préfet de Torrock	16/08/2017 à Torrock	Rôle des autorités publiques dans la santé
Raphael Kourana	M	34	Infirmier et Masseur	10/08/2017 à Torrock	Récit de vie/fonctionnement du cabinet MTA
Madang Wellè	F	100	voyante	29/08/2017 à Torrock	Récit de vie/ prise en charge des malades
Madjouma Palaye	F	25	Matrone au centre de santé de Mabassiackré	26/07/2017 Mabassiackré	Prise en charge des femmes enceintes
Mahouli Halbaye	M	59	Professeur certifié au lycée de Gouin	27/08/2017 à Torrock	Récit de vie/ rôle des éducateurs dans la santé
Mahouli Kela	M	39	Chargé de PEV au centre de santé de Goïgoudoum	20/07/2017 à Goïgoudoum	Organisations des vaccinations des femmes et enfants/ les difficultés liées à la vaccination
Mahouli Zah Siaka	M	67	Secrétaire du sous-préfet/ chef de quartier et rebouteux	Le 08, le 12 et le 23/08/2017 à Torrock	Récit de vie/ rôle des autorités publiques dans la santé/prise en charge des malades
Maisoulé Massing	F	32	Matrone du centre de santé de Gouin	15/07/2017 à Gouin	La prise en charge des patients
Malebé Ndari	F	70	voyante	11/08/2017 à Gouin	Récit de vie/ rapports avec le chef de village
Maloumi Mahouli	F	32	matrone	18/07/ 2017 à Zamagouin	Difficultés de prise en charge des malades
Marpuli Payang	F	70	voyante	23/08/2017 à Torrock	Récit de vie/ Prise en charge des malades/ rapport avec le chef de canton
Massing Daouda	M	75	Chef de Canton de Gouin	11 et 15/08/2017 à Gouin	Récit de vie/ structure politique/ rôle des chefs de village dans la santé
Massing Kathimbé	M	48	Responsable du centre de santé de Mbibou	29/08/2017 à Mbibou	Fonctionnement du centre de santé et ses rapports avec les autorités locales
Mohamed Fekou	M	37	naturopathe	21/08/2017 au marché de Torrock	Traitement des malades/ utilisation des TIC par les soignants
Moudiné Yadang	M	40	cultivateur	03/07/2017 à Torrock	Rapports des populations avec le centre de santé/ utilisation locale des TIC
Moussa Abdoulaye Daouda	M		Responsable du centre de santé de Gouin	11/07/2017 à Gouin	Fonctionnement du centre de santé de Gouin et ses rapports avec les autorités locales

Nidané Rozoumka	M	20	Elève et agent de transfert de credit de communication	07/07/2017 à Torrock	Activités commerciales/ usage des TIC
Noel Babanou	M	25	cultivateur	28 /08/2017 à Bamdi	Rapport de la population avec le centre de santé
Pafing Souribé	M	80	Chef de village de Torrock	23/08/2017 à Torrock	Histoire de Torrock/ role des chefs de village dans la santé/utilisation des TIC
Palaye Tapuli	M	63	Chef du village	24/08/ 2017 Poulgouin	Rôle des chefs de village dans la santé
Palouma Koboubou	M	61	pasteur	17/08/2017 à Goïgoudoum	Récit de vie/ rôle des religieux dans la santé
Pierre Lavourbé	M	40	Responsable du centre de santé de Mabassiackré	26/07/2017 à Mabassiackré	Fonctionnement du centre de santé/utilisation des TIC/ Projet Dawa mobile
Sanda Seriabé	M	43	Chargé de PEV au centre de santé de Torrock	Le 09 et le 16/08/2017 à Torrock	Récit de vie/ rapport du centre de santé avec la population/ projet Dawa mobile
Sinbé Rachel	F	49	matrone	20/07/2017 à Goïgoudoum	Difficultés de prise en charge des malades
Sobsoubé Pabamé	M	30	Responsable du centre de santé de de Zamagouin	17/07/2017 à Zamagouin	Fonctionnement du centre de santé
Soh Simeon	M	43	naturopathe	07/07/2017 à Torrock	Fonctionnement du cabinet MTA/ usage des TIC
Stéphane Mahouli	M	22	Elève et mototaximan	24/08/2017 à Torrock	Organisation des mototaximen/ rôle des moyens de transport dans la santé
Yadang Gaïna	M	47	Responsable du centre de santé urbain de Torrock	03/07/2017 à Torrock	Organisation du centre de santé/ ses rapports avec les autorités locales et la population/ utilisation des TIC
Tchouin Ouadjone	M	32	Agent technique de santé au centre de santé de Mbibou	29/08/2017 à Mbibou	Les difficultés de prise en charge des malades
Tekolné Gouzié	M	59	Chargé de PEV au centre de santé de Zamagouin	18/07/2017 à Zamagouin	Difficultés de fonctionnement du centre de santé/ utilisation ds TIC
Thomas Madoro	M	38	enseignant	03/07/ 2017 à Torrock	Attitude de la population/ usage de la téléphonie
Toumba Dadina Wassou Zoutenet	M	36	Chef de canton de Goïgoudoum	20/08/2017 à Goïgoudoum	Rôle des autorités traditionnelles dans la santé/ utilisation des TIC
Waydené Payang	F	30	Pharmacienne au centre de santé de Balani	13/07/2017 à Balani	La gestion de la caisse/ l'approvisionnement en médicaments/ les endettements des patients
Winamou Nehourmou	M	33	Responsable du centre de santé de Fama	28/08/2017 à Fama	Structures et défis du centre de santé de Fama
Marino Kolkoné	M	34	Président de l'Association Tchad Plus	03/11/2017 à N'Djamena	Projet Dawa mobile
Wihaouna	M	38	cultivateur	03/07/2017 à Torrock	Attitude la population face au centre de santé
Palaye Birsam	M	25	Cultivateur et éleveur	05/07/2017 à Torrock	Comportement des soignants/usage des TIC
Yadjam	F	25	Etudiant stagiaire au	06/07/2017 à	Prise en charge des malades

Gouara			centre de santé de Torrock	Torrock	
Ignassou Massou	M	23	Elève	07/07/2017 à Torrock	Comportement des malades/ usage des TIC
Zouah Baram	M	80	Chef de village de Balani	23/08/2017 à Balani	Rôle des chefs de village dans la santé/utilisation des TIC
Issa Bello	M	25	Mototaximan	24/08/2017 à Torrock	Rôle des moyens de transport dans la santé
Anatole Paloma	M	69	Rebouteux	26/08/2017 à Poulgouin	Prise en charge des malades/ usage des TIC
Chef de village Maka	M	80	Chef de village	26/08/2017 à Maka	Rôle des chefs de village dans la santé
Sahoulba	M	43	Aide-soignant au centre de santé de Torrock	08/8/2017 à Torrock	Historique et fonctionnement du centre de santé
Djondang Wassouarè	M	45	Pharmacien au centre de santé de Mabassiackré	26/07/2017 à Mabassiackré	Endettement de la population auprès du centre de santé/ rapport avec la PRAMK
Honoré Pofinet	M	36	Agent technique de santé	17/07/2017 à Zamagouin	Fonctionnement du centre de santé
Bornou Matessing	M	45	Pharmacien du centre de santé de Zamagouin	17/07/2017 à Zamagouin	Endettement des patients/ rapport avec la PRAMK
Kainba Koy	M	36	Vendeur des médicaments	20/07/2017 à Goïgoudoum	Réseau de vente des médicaments/rapports avec les autorités locales

6.2. Entretiens collectifs

Focus group 1. Lieu et date d'entretien : 18 juillet 2017 à Zamagouin

Noms et Prénoms	sexe	Age	Profession	Thèmes du débat
Moyané Payang	F	25	ménagère	<ul style="list-style-type: none"> - Attitude de la population face à la maladie ; - Projet Dawa mobile ; - La bilharziose ; - Usage des TIC
Mafora Souebé	F	34	ménagère	
Madouli Tchoubou	F	32	ménagère	
Ignahi Kadebé	M	50	ménagère	
Dezoumbé Patalé	M	38	cultivateur	
Gouara Koy	M	49	chauffeur	
Tokolné Gouzié	M	59	Chargé de PEV au centre de santé de Zamagouin	
Dezoumbé Tchindebé	M	41	cultivateur	
Moudiné Mané	M	33	cultivateur	
Zakinet Kadebé	M	39	cultivateur	

Focus group 2. Date et Lieu: 19 juillet 2017 à Gouin

Prénom et nom	sexe	âge	profession	Thèmes du débat
jean Djondang	M	52	Agent de PEV	
Faba Pahimi	M	43	enseignant	

Jean Sindané	M	42	Relais communautaire	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport de la population avec la population ; - Inégalité sociale dans la santé ; - Explication des causes des maladies ; - Utilisation du téléphone par la population
Boné Tchoké	M	40	cultivateur	
Djobdi Dama	M	38	cultivateur	
Rachel Massouaneni	F	45	Agent d'assainissement	
Pauline Metené	F	20	élève	
Nadège Maloumi	F	35	ménagère	
Felicité Mayang	F	32	ménagère	
Clarisse Moyanè	F	28	ménagère	
Odile Nemerté	F	34	ménagère	
Tebaya Massing	F	27	ménagère	
Dezoumbé Massou	F	37	Relais communautaire	
Monique Moyanè	F	34	ménagère	

Focus group 3. Date et lieu: 21 juillet 2017 à Balani

Prénom et nom	sexe	âge	profession	Thèmes du débat
Massou Laye	F	19	Elève	<ul style="list-style-type: none"> - Les raisons de la baisse de fréquentation du centre de santé ; - Inégalité homme et femme ; - rôle des chefs de villages ; - usage des TIC
Zouah Wedo	M	48	cultivateur	
Gouara Palaye	M	29	élève	
Mabi Gabsing	M	50	Relais communautaire	
Breye Kalzouné	M	32	cultivateur	
Adela Durandi	F	60	menagère	
Mahouli Gapili	M	58	cultivateur	