

Agents de santé communautaire et traitement pédiatrique de la schistosomiase en Côte d'Ivoire: perceptions, contraintes socio-économiques et conditions d'implication dans les districts d'Agboville et de Bangolo

Alexise Djouquou GNAHORE

Doctorante

Université Félix Houphouët-Boigny

Abidjan, Côte d'Ivoire

djouquoualexisegnahore@gmail.com

Alain TOH

Enseignant-Chercheur

Université Felix Houphouët-Boigny

Abidjan, Côte d'Ivoire

alaintoh1@gmail.com

Résumé

Cet article analyse les perceptions et les déterminants socio-économiques qui structurent l'implication des agents de santé communautaire dans le traitement pédiatrique de la schistosomiase dans les districts sanitaires d'Agboville et de Bangolo. À partir d'une enquête qualitative conduite auprès d'agents de santé communautaire, de professionnels de santé, de leaders communautaires et de parents d'enfants d'âge préscolaire, l'étude met en évidence la position d'interface occupée par ces acteurs entre le système de santé et les ménages. Les résultats montrent que leur engagement dépend de trois dimensions complémentaires : la compréhension de la maladie et du médicament, la capacité à gérer les inquiétudes liées aux effets indésirables, et les conditions matérielles dans lesquelles se déroule la distribution communautaire. Les agents de santé communautaire disposent d'une forte légitimité locale, mais cette légitimité est fragilisée lorsque les moyens logistiques, l'encadrement, la rémunération et les procédures de gestion des incidents sont insuffisants. L'article soutient que l'efficacité des campagnes de traitement ne repose pas seulement sur la

disponibilité du médicament, mais aussi sur la reconnaissance sociale, institutionnelle et économique des agents chargés d'en assurer l'acceptabilité locale. L'étude recommande un renforcement de la formation et de l'encadrement pour améliorer les interventions.

Mots clés : *Agents de santé communautaire, praziquantel pédiatrique, enfants d'âge préscolaire, Agboville, Bangolo*

Abstract

This article analyzes the perceptions and socio-economic determinants that shape the involvement of community health workers in the pediatric treatment of schistosomiasis in the health districts of Agboville and Bangolo. Based on a qualitative survey conducted with community health workers, health professionals, community leaders, and parents of preschool children, the study highlights the intermediary role these actors play between the health system and households. The results show that their engagement depends on three complementary dimensions: understanding the disease and the medicine, the ability to manage concerns related to side effects, and the material conditions under which community distribution takes place. Community health workers have strong local legitimacy, but this legitimacy is weakened when logistical resources, supervision, and remuneration are lacking. The article argues that the effectiveness of treatment campaigns depends not only on the availability of medication but also on social, institutional, and economic recognition of the workers who have to make sure the population accepts the treatment. The study suggests improving training and monitoring to make interventions better. Keywords: Community health workers, pediatric praziquantel, preschool-aged children, Agboville, Bangolo

Keywords: *Community health workers; pediatric praziquantel; preschool children; Agboville; Bangolo.*

Introduction

La schistosomiase touche plus de 250 millions de personnes principalement en Afrique subsaharienne (OMS, 2023).

Schistosoma, un ver parasite trématode transmis par les escargots, constitue un problème de santé publique majeur en Afrique et, avec d'autres maladies tropicales négligées, il est cité dans la cible 3.3 des objectifs de développement durable: « D'ici 2030, mettre fin aux épidémies du sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées et lutter contre l'hépatite, les maladies d'origine hydrique et autres maladies transmissibles » (OMS, 2023).

Selon la feuille de route de l'organisation mondiale de la santé, pour les maladies tropicales négligées dans les zones à forte endémicité, le traitement de la maladie chimiothérapie préventive doit être distribué chaque année à 75 % chez les enfants d'âge scolaire et chez les personnes adultes dans les zones aux risques (OMS, 2020). On estime que 24 millions d'enfants d'âge préscolaire ont besoin d'une chimiothérapie préventive (OMS, 2023).

Depuis 2021, les lignes directrices sur le contrôle et l'élimination de la schistosomiase humaine recommandent une chimiothérapie préventive annuelle avec une dose unique de praziquantel dans tous les groupes d'âge de 2 à moins de 5 ans et plus à une couverture thérapeutique $\geq 75\%$ dans les communautés endémiques avec $\geq 10\%$ (OMS, 2022). Ainsi, en 2021, le consortium pédiatrique praziquantel a développé un nouveau comprimé orodispersible de praziquantel adapté à cette nouvelle cible. Il s'agit de l'arpraziquantel 150 mg avec appétence améliorée. Dans le cadre du projet ADOPT, l'arpraziquantel a été introduit pour la première fois dans trois pays à savoir la Côte d'Ivoire, Ouganda et le Kenya. Au niveau de la Côte d'Ivoire, les districts sanitaires concernés sont d'Agboville, de Bangolo et Man avec une prévalence relativement importante: le taux de prévalence de la schistosomiase est de 20% à Agboville, 60% à Bangolo et 50%

à Man. A cet effet, à l'image des exigences de l'organisation mondiale de la santé, le pays a entrepris des démarches pour lutter contre cette maladie. Face à cette réalité sociale, le Ministère de la santé à travers le Programme National de Lutte contre les Maladies Négligées à chimiothérapie préventive a introduit la distribution de masse avec le praziquantel pour les enfants d'âge scolaire et les adultes depuis 2012 (Ministère de santé et de l'hygiène publique, 2016).

Pour la réussite des projets de santé publique, la direction de la santé communautaire axe sa démarche sur l'intégration des agents de santé communautaire. Par ailleurs, la stratégie mondiale des soins de santé primaire reconnaît le rôle central des agents de santé communautaire comme relais entre les services de santé et les populations, depuis la conférence d'Alma-Ata en 1978. Ces acteurs ont pour missions de sensibiliser, de prévenir, accompagner les soins de première ligne et appuyer la mise en œuvre des programmes de santé dans les zones rurales (Ridde et al., 2015). Cette action participative des agents de santé communautaire dans le cadre de la mise en œuvre des programmes de lutte contre la schistosomiase chez les enfants en âge préscolaire est très peu étudiée. Dans la mesure où la majorité de ces recherches restent limitées à leur rôle de façon générale relatif au traitement de la schistosomiase chez les enfants en âges scolaire (de 5 à 14 ans). Les agents de santé communautaire servent de lien entre la communauté et le centre de santé. En effet, leur fonction dans le système de santé est définie dans les politiques de santé publique comme des personnes chargées de la sensibilisation et l'implémentation de médicament auprès des populations lors des interventions de santé publique. Ils diffusent également des messages de prévention dans la communauté ainsi leur action permet

d'améliorer les conditions comportements des populations (Schaaf et al., 2020).

Dans le cadre de ce travail, notre intérêt porte sur la préoccupation suivante : Quelles sont les perceptions et déterminants socio-économiques qui impactent l'implication des agents de santé communautaire dans le cadre du traitement pédiatrique de la schistosomiase dans les districts sanitaires d'Agboville et de Bangolo (Côte d'Ivoire) ?

Par ailleurs, en postulant l'idée selon laquelle, les perceptions et les déterminants socio-économiques influencent la participation des agents de santé communautaire dans les interventions de lutte contre la schistosomiase pédiatrique dans les districts sanitaires d'Agboville et de Bangolo, ce présent article vise à analyser les perceptions et les déterminants socio-économiques de ces agents de santé communautaire dudit district.

La littérature récente sur les agents de santé communautaire montre que ces derniers ne sont pas de simples auxiliaires techniques. Ils occupent une position d'interface entre les services de santé, les normes institutionnelles et les réalités sociales locales. Perry, Zulliger et Rogers (2014) rappellent que leur efficacité dépend de la formation, de la supervision, de la motivation et de leur intégration dans le système de santé. Dans la même logique, Kok et al. (2015) montrent que la performance des agents de santé communautaire est influencée par des facteurs liés au programme, à l'environnement institutionnel, à la communauté et aux ressources disponibles. Cette perspective est importante pour le présent article, car la distribution du praziquantel pédiatrique ne peut pas être réduite à une activité logistique ;

elle est aussi une activité de médiation, d'explication, de persuasion et de gestion de la confiance.

Dans le contexte de la schistosomiase pédiatrique, l'enjeu est encore plus sensible. Les enfants d'âge préscolaire constituent une cible nouvelle pour les campagnes de traitement, et l'arpraziquantel introduit une innovation thérapeutique qui peut susciter des attentes, mais aussi des inquiétudes chez les parents. Selon l'organisation mondiale de la santé, la chimiothérapie préventive doit désormais mieux couvrir les groupes d'âge au-delà des seuls enfants scolarisés, notamment dans les communautés endémiques. Cette extension de la cible accroît la responsabilité des agents de santé communautaire, car ils doivent expliquer la maladie, rassurer les familles, orienter les cas d'effets indésirables et maintenir la confiance autour d'un médicament encore peu connu localement.

L'originalité de cette étude réside donc dans le déplacement du regard, il ne s'agit pas seulement d'évaluer l'acceptabilité du traitement par les parents, mais d'analyser les conditions sociales, économiques et organisationnelles qui rendent possible l'implication des agents de santé communautaire. Cette entrée permet de mieux comprendre les tensions entre engagement communautaire, manque de ressources, reconnaissance sociale et exigences opérationnelles des campagnes de traitement de masse.

Pour répondre à cette problématique, l'article est organisé en quatre sections. La première présente le cadre méthodologique de l'étude. La deuxième expose les principaux résultats. La troisième en propose une analyse et une discussion à la lumière de la littérature existante. Enfin, la dernière section présente les principales conclusions ainsi que les recommandations qui en découlent.

1. Ancrage méthodologique et théorique

Le cadre interactionniste et fonctionnaliste peut être conservé, mais il gagnerait à être précisé et articulé à trois cadres plus directement liés aux résultats. Premièrement, l'approche des agents de première ligne, inspirée de Lipsky (1980), permet de comprendre les agents de santé communautaire comme des acteurs de mise en œuvre des politiques publiques au contact direct des populations. Ils appliquent les consignes du programme, mais doivent aussi prendre des décisions pratiques lorsque les parents hésitent, lorsque l'enfant présente un malaise, lorsque le superviseur est absent ou lorsque les moyens logistiques manquent.

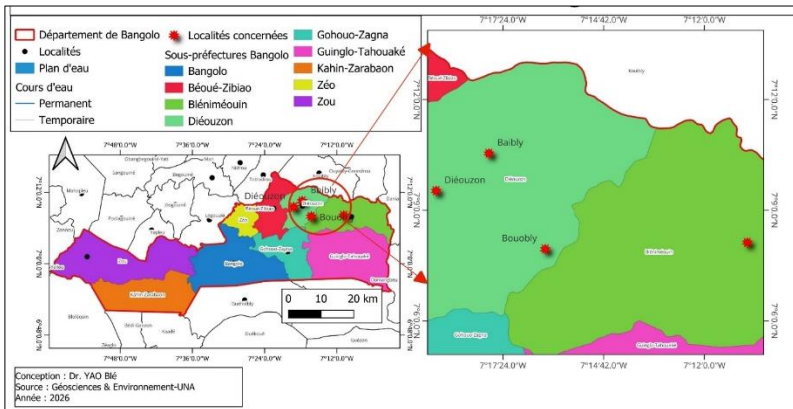
Deuxièmement, l'approche de la performance des agents de santé communautaire proposée par Kok et al. (2015) est pertinente pour analyser les facteurs qui favorisent ou limitent leur implication. Elle invite à prendre en compte la formation, la supervision, les incitations, les conditions de travail, la relation avec les professionnels de santé et la reconnaissance communautaire. Ce cadre correspond directement aux résultats de l'article sur la durée de formation, la charge de travail, les retards de paiement, le manque de moyens de déplacement et la valorisation sociale.

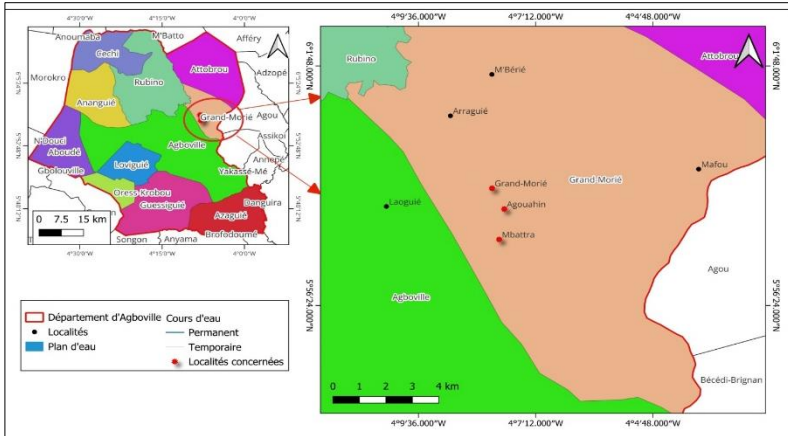
Troisièmement, la sociologie de la confiance en santé, notamment à partir de Gilson (2003), permet de comprendre pourquoi les agents de santé communautaire sont décisifs dans l'acceptation du traitement. Dans les campagnes de masse, la confiance ne repose pas uniquement sur l'autorité médicale ; elle passe par des relations de proximité, des expériences antérieures positives et la capacité des agents à traduire le langage biomédical en messages compréhensibles pour les

familles. Cette combinaison théorique permettrait de mieux relier l'objectif de l'article aux principaux résultats.

Cette étude s'est déroulée en Côte d'Ivoire dans les districts sanitaires d'Agboville et de Bangolo. Situé à l'ouest, dans la région du Guémon, le district sanitaire de Bangolo est à environ 516 kilomètres d'Abidjan. Le choix de ce district sanitaire à l'étude repose sur le fait que non seulement elle est une zone endémique à la schistosomiase, avec une prévalence de 60%, mais aussi elle a été choisie pour l'étude pilote du projet ADOPT à travers un choix aléatoire. Les villages qui ont fait l'objet de collecte des données pour ce présent article sont les villages de bahibly, dieouzon et blenimeouin. Dans la région de l'Agnebi Tiassa se trouve la ville d'Agboville, situé à 79 kilomètres d'Abidjan au sud de la Côte d'Ivoire. Les localités de Grand Morié, Agouahin et de M'battrra ont fait objet de l'enquête dans le district sanitaire d'Agboville.

Figures 1 et 2 : Cartographie des districts et localités à l'étude





Pour mener à bien cette étude, la méthode de travail repose sur l'approche qualitative. À cet effet, plusieurs techniques de collecte de données sont utilisées dans le but d'obtenir des informations nécessaires à l'analyse et à l'interprétation des résultats. En effet, au nombre de ces techniques données, il y a la recherche documentaire, l'observation directe et l'entretien semi-directif. Cette recherche a permis de recueillir des informations sur les rapports d'études et de revues concernant la question des agents de santé communautaire et de la schistosomiase. En effet, cette présence sur le terrain, nous a permis d'observer les agents de santé communautaire dans le cadre de la distribution du médicament notamment lors des visites dans les ménages dans les villages concernés à l'étude. De plus, plusieurs entretiens ont été réalisés avec les agents de santé communautaire, les parents ou tuteurs d'enfant d'âge préscolaire, le personnel de soins ainsi que celui du directeur départemental. En effet, les entretiens individuels approfondis ont été réalisés à l'aide de guides d'entretien semi-directifs, conçus pour répondre à l'objectif de l'étude, tout en laissant place à l'exploration libre de dimensions émergentes.

En outre, les entretiens individuels réalisés dans le cadre de cette étude ont duré en moyenne une heure tandis que les discussions de groupe ont varié entre une heure trente et deux heures. En effet, ce temps a permis d'explorer de manière poussée les expériences vécues sur le terrain pendant l'exercice de leur rôle sur le terrain. L'échantillonnage par choix raisonné a été retenu afin de sélectionner les agents de santé communautaire ayant participé effectivement aux activités de distribution des médicaments dans le cadre de l'étude pilote du projet ADOPT. En se basant sur les critères de sélection alignés avec l'objectif de la recherche, l'échantillonnage non probabiliste a permis de se concentrer sur les participant directement impliqués dans l'étude. Les acteurs ont été retenus selon leur disponibilité à participer à l'étude, leur expérience se rapportant à leur participation aux activités de distribution des médicaments dans le cadre des interventions communautaires. A travers cette technique retenue, c'est au total, 28 entretiens individuels et 8 focus group qui ont été réalisés dans les localités des districts à l'étude repartis dans le tableau suivant :

Tableau : répartition du nombre d'entretiens réalisés selon le statut des acteurs

Statut des acteurs interrogés	Type d'entretien	Nombre d'entretiens
les agents de santé communautaire	Individuel	10
	Focus group	4
Professionnels de santé (Infirmiers – sages-femmes – Aides-soignants)	Individuel	4
Leaders communautaires (Chef de village – présidents des jeunes et femmes)	Individuel	4
Parents des enfants en âge préscolaire	Individuel	10
	Focus group	4
TOTAL		36

Source : Alexise D. (Mars, 2025)

L'analyse des données a consisté en une transcription des entretiens, et en leur lecture, en la construction d'une grille de codage thématique, puis en le regroupement des unités de sens et triangulation entre les discours des agents de santé communautaire, des professionnels de santé, des leaders communautaires et des parents.

Par ailleurs, l'analyse de contenu a été mobilisée pour le traitement des données qualitatives recueillies. En effet, cette approche a permis de cerner de manière approfondie les récits des agents de santé communautaire en mettant en évidence les significations, les logiques d'action et les expériences vécues. Elle a ainsi facilité l'identification des facteurs favorisant et limitant l'implication des agents de santé communautaire dans les activités de lutte contre la schistosomiase pédiatrique. Ainsi, pour rendre compte du contenu discursif de l'ensemble de ces données, l'approche interactionniste et fonctionnaliste ont été privilégiées pour comprendre les pratiques des Agents de santé communautaire dans ces deux districts.

2. Résultats

2.1 Perception des agents de santé communautaire face au processus de traitement de masse dans la communauté

La perception des agents de santé communautaire tourne autour de plusieurs éléments qui influencent leur manière de voir la maladie, la formation et le traitement de masse en lui-même. En effet, l'agent de santé communautaire est un acteur important dans le cadre du projet ADOPT à travers sa proximité avec les populations. Il comprend clairement les manières de voir des populations et les craintes auxquelles ils font face dans

l'acceptabilité du médicament dans le cadre de la lutte contre la schistosomiase pédiatrique.

2.1.1 Perception des agents de santé communautaire face à la connaissance de la maladie

La perception des agents de santé communautaire face la schistosomiase chez les enfants en âge préscolaire s'appuie sur leur connaissance théorique de la formation préalable au traitement de masse. Lors d'une discussion de groupe, les ASC des différentes zones d'enquête affirment ceci :

« Nous avons entendu parler de la maladie plusieurs fois. On a fait les campagnes de vaccination par rapport à cette maladie et on nous a dit à la formation que c'est une maladie qui est due à l'eau. C'est ce que nous avons pris pendant cette formation. Et ça fait plusieurs fois que nous, on fait la campagne pour éradiquer la maladie. » (Centre de santé urbain de Grand Morié / district sanitaire d'Agboville)

« C'est lors de la formation qu'on nous avait dit qu'en Côte d'Ivoire ils ont constaté que y'a eu cette maladie. » (Centre de santé rural de blenimeouin / district sanitaire de Bangolo)

Ces verbatim mettent en exergue la façon dont les agents de santé communautaire perçoivent la connaissance de la schistosomiase pédiatrique à travers les formations qu'ils ont reçues ainsi que leurs expériences face à plusieurs campagnes de traitements de masse. À la lumière de l'interactionnisme, leurs connaissances se construisent progressivement dans les rapports entre les acteurs du système de santé publique et les agents de santé communautaire. En effet, selon les enquêtés,

la compréhension de la maladie vient principalement des formations reçues et des campagnes de distribution de masse auxquelles ils participent. C'est à l'aide de ces échanges avec les professionnels de santé qu'ils ont des informations sur la maladie et construisent ainsi leur propre représentation de la schistosomiase pédiatrique. Cependant, la répétition des campagnes évoquée dans ce discours traduit que l'expérience des agents de santé communautaire est continue. Chaque traitement de masse constitue une nouvelle interaction sociale au cours de laquelle leurs connaissances sont renforcées. La lutte contre la schistosomiase est définie comme un processus d'apprentissage social, où ils jouent un rôle de médiateur entre le savoir biomédical lors des formations et sa diffusion au sein des communautés.

Ces propos ont montré que la connaissance des agents de santé communautaire reste largement dépendante du dispositif de formation. Ils connaissent la schistosomiase parce qu'elle leur a été expliquée dans le cadre des campagnes, et non parce qu'ils disposent toujours d'un savoir autonome, approfondi et stabilisé sur la maladie. Cette situation peut être une force lorsque la formation est claire et répétée ; elle devient une faiblesse lorsque la formation est courte, trop technique ou insuffisamment adaptée aux questions pratiques posées par les parents. Le rôle de l'agent se construit donc dans un apprentissage continu, au contact des formateurs, des superviseurs et des ménages.

2.1.2 Perception de la formation des agents de santé communautaire

La formation permet aux agents de santé communautaire d'avoir des connaissances et de développer leur compétence dans le cadre des projets en santé publique notamment celle

de la schistosomiase pédiatrique. Par ailleurs la perception qu'ils ont de la formation influence leur manière de comprendre la maladie et la manière de s'intégrer dans la communauté. Ces propos ont été recueillis lors de la discussion de groupe avec les agents de santé communautaire dans les deux districts sanitaires à l'étude :

« Pour moi, la formation a été intéressante. Je pourrais dire à mon niveau, on pouvait prendre du temps. Je préférerais que ça soit un peu plus long. Plus long, c'est-à-dire sur deux jours. On pouvait faire ça sur au moins 3 à 4 jours. » (Centre de santé urbain de Grand Morié / district sanitaire d'Agboville)

« Je pense qu'à ce niveau d'abord, vous savez avant de distribuer le médicament, le temps de la formation ne suffit pas, prendre une journée pour dire tu vas former quelqu'un qui va donner médicament, ce n'est pas suffisant. Il faut quand même au moins 02 jours ou 03 jours de formation pour pouvoir faire comprendre à l'ASC la nécessité du médicament qu'il doit administrer aux enfants. » (Centre de santé rural de Dieouzon / district sanitaire de Bangolo)

« Il faudra que le temps de la formation soit un temps bien prolongé parce que quand le temps est bien prolongé, l'ASC arrive à bien assimiler la formation et comme ça, quand il va sur le terrain, il n'a pas assez de difficultés. » (Centre de santé urbain de Grand Morié / district sanitaire d'Agboville)

« Bon je pense que tout à l'heure vous avez parlé de la nouvelle cible et des nouveaux médicaments. Pour moi,

à la formation il faudrait que les formateurs insistent plus sur la nécessité de ce médicament qui est venu et sur la nouvelle cible, sur l'importance de ce médicament et aussi l'inconvénient de ce médicament et les contrindications de ce médicament pour permettre à l'ASC de mieux travailler sur le terrain. »
(Centre de santé rural de Blenimeouin / district sanitaire de Bangolo)

L'ensemble de ces extraits montrent que les agents de santé communautaires accordent un intérêt particulier à la durée ainsi qu'à la qualité des formations avant la mise en œuvre des traitements de masse. Ces discours évoquent le fait que la formation ne constitue pas seulement un espace d'apprentissage de connaissance mais plutôt un cadre d'interactions sociales permettant aux agents de santé communautaire de construire de manière graduelle le sens de leur rôle sur le terrain. En effet, pour les enquêtés, la nécessité d'allonger le temps de formation afin de mieux comprendre la maladie est capital pour saisir les contours de la distribution de masse. Cette demande traduit le besoin d'un apprentissage plus approfondi fondé sur l'échange, la répétition et la clarification des informations. Ils estiment que le niveau de leur intervention sur le terrain dépend de leur capacité à assimiler les connaissances transmises lors des formations. Les formations construisent la confiance des agents de santé communautaire pendant leurs activités. Lorsqu'elles sont approfondies, elles favorisent une meilleure appropriation des savoirs biomédicaux et renforcent leur assurance pendant leurs activités de distribution et de sensibilisation. Cette réalité présente le processus d'interprétation et d'appropriation du savoir dans lequel les agents de santé communautaires sont

des acteurs qui construisent leur compréhension de la maladie à travers leurs échanges avec les professionnels de santé.

Les ASC ne demandent pas une formation plus longue par simple confort. Leur demande exprime un besoin de sécurité professionnelle. Plus ils comprennent la maladie, les contre-indications, les effets attendus et les réponses à donner aux parents, plus ils se sentent légitimes et capables d'agir sur le terrain. La formation devient donc un facteur de confiance : confiance en soi, confiance dans le médicament et confiance dans le message à transmettre. Une formation trop courte peut produire l'effet inverse, en exposant les agents à des questions auxquelles ils ne savent pas toujours répondre.

2.1.3 Perception de la gestion des effets secondaires

La gestion des effets secondaires est un aspect important dans la prise en charge des projets sanitaire en milieu rural. En effet, le fait qu'ils soient perçus comme l'interface entre la communauté et les services de santé publiques fait qu'ils sont exposés directement aux réactions, doutes et interrogations des parents. Dans le cadre de lutte contre la schistosomiase pédiatrique, la question de la gestion des effets secondaires influence l'acceptabilité des médicaments lors des distributions de masse. Quelques propos ci-dessous issus des discussions de groupe avec les agents de santé communautaire, dans les localités desdits districts permettent d'illustrer cette analyse.

« Moi je voulais parler, c'est côté effet secondaire là. Les effets secondaires, c'est-à-dire quand tu donnes des comprimés aux enfants-là, quand il y a des cas. Les parents s'en prennent à l'ASC qui a donné. Quand c'est comme ça, ça nous fatigue beaucoup. » (Centre de santé urbain/ district sanitaire d'Agboville)

« Dans ma communauté il y avait un cas et mon superviseur m'a demandé de prendre l'enfant dans l'hôpital. Bon je n'ai pas de moto, lui il a moto, je l'ai interpellé alors que c'est lui qui m'a donné les comprimés matin d'aller les distribuer. Ce jour-là l'enfant vomissait accompagné de diarrhée, c'était chaud. La femme était obligée de prendre l'enfant pour l'envoyer à la clinique. Après elle m'appelle à plusieurs reprises. Bon je vais aller à l'hôpital je vais m'adresser à qui ? Le superviseur est parti. » **(Centre de santé rural de dieouzon / distict sanitaire de Bangolo)**

Les agents de santé communautaire à travers ces discours montrent les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans la mise en œuvre des activités de lutte contre la schistosomiase pédiatrique. Ces propos mettent en exergue les limites du fonctionnement du système de santé lorsque surviennent les effets indésirables après l'administration du médicament au sein de la communauté. D'abord, le premier témoignage traduit les cas d'effets secondaires observés chez certains enfants après avoir consommé le médicament provoquant des tensions entre certains parents et les agents de santé communautaire. En effet, lorsque l'enfant développe des réactions non souhaitées, les parents ont tendance à attribuer directement la responsabilité à l'agent de santé communautaire qui a distribué le médicament. Ce qui justifie son positionnement comme la première personne envers qui la communauté se tourne pour exprimer ses inquiétudes. Cette situation fragilise en partie les relations de confiance pourtant indispensables au bon déroulement des interventions dans la communauté. Ensuite, le deuxième verbatim présente les insuffisances organisationnelles qui entourent de façon

générale les campagnes de distribution des médicaments. En effet, les agents de santé communautaire sont confrontés par moment à des situations d'urgence sans disposer des moyens nécessaires pour réagir correctement. Leur travail est parsemé des difficultés principalement de l'absence de moto et l'insuffisance d'accompagnement face à la gestion des effets secondaires dans la communauté. Les responsabilités confiées à l'agent de santé communautaire dépassent souvent les ressources matérielles et institutionnelles mises à leur disposition. Leur implication dans le cadre de la lutte contre la schistosomiase pédiatrique ne dépend pas uniquement de leur bonne volonté mais est fortement influencée par les conditions de travail, de même que la disponibilité des moyens logistiques, l'encadrement des superviseurs face à la gestion des effets secondaires liés aux traitements.

La gestion des effets secondaires apparaît comme un point critique parce qu'elle met les agents de santé communautaire en première ligne face aux peurs des parents. Lorsque l'enfant vomit, a la diarrhée ou présente un malaise, la famille ne se tourne pas d'abord vers le programme national ou le superviseur ; elle interpelle l'agent qui a donné le médicament. Cela signifie que l'agent porte localement la responsabilité visible du traitement, même lorsqu'il ne dispose pas des moyens médicaux, logistiques ou financiers pour gérer la situation. Cette responsabilité sans ressources peut affaiblir son engagement et réduire l'acceptabilité future du traitement.

2.1.4 Perception de la charge de travail

Dans un environnement marqué par une insuffisance de personnel qualifié, les agents de santé communautaires apparaissent comme une alternative pour combler le problème dans le système de santé public principalement dans les zones

rurales. Il en ressort la charge de travail élevée qui affecte leur performance sur le terrain. Les propos suivants ont été recueillis auprès des agents de santé communautaire lors des entretiens individuels à Bangolo et Agboville :

« Le degré de fatigue, à vrai dire, c'est un travail pénible. C'est un travail pénible parce qu'il faut faire du porte à porte. On peut faire de 15 à 30 minutes dans un ménage. Voilà. Concernant la géographie, c'était vraiment difficile. C'était vraiment difficile. Le climat aussi n'était pas trop favorable. » **(Centre de santé urbain de Grand Morié/ district sanitaire d'Agboville)**

« Quand on arrive dans un ménage, ça nous prend plus de temps. Ça nous prend plus de temps parce qu'il faut finir avec les enfants de deux à moins de cinq ans avant de prendre les enfants de cinq à quatorze ans. On peut durer dans un seul ménage là mais imagine si on a des enfants de 2 à moins de 5 ans qui sont au moins 2, 3 ou 4 enfants comme ça. » **(Centre de santé urbain de Grand Morié/ district sanitaire d'Agboville)**

« C'est vraiment fatiguant parce que c'était long. Il y a beaucoup trop de processus à faire pour donner de médicaments à l'enfant. Et puis c'était beaucoup d'enfants à traiter aussi. C'est pourquoi on voulait que les traitements de masse soient séparés. Si ce n'est pas séparé, il faudrait que ça soit éloigné. » **(Centre de santé rural de Blenimeouin/ district sanitaire de Bangolo)**

Ces propos mettent en évidence les contraintes auxquelles les agents de santé communautaire sont exposés sur le terrain. A travers ces discours, leur travail apparaît comme une activité

qui exige une forte capacité d'adaptation. L'insistance sur le caractère difficile de leur fonction se traduit d'abord par la lourdeur des tâches qui leur est confiées. Le porte-à-porte étant l'activité centrale de la distribution de masse, il nécessite de longues heures de déplacement vers les ménages. Le fait qu'un agent puisse passer près d'une trentaine de minute dans un ménage démontre que les interactions avec les populations ne se limitent pas à une simple distribution de médicaments mais elle exige parfois des explications en vue de convaincre les familles hésitantes. En effet, le travail communautaire s'appuie sur la proximité sociale et relationnelle entre la population et les agents de santé communautaire. De même, les difficultés liées au relief, à l'accessibilité des localités apparaissent ici comme des facteurs qui compliquent d'avantage les interventions en milieu rural. À cela s'ajoutent les contraintes climatiques évoquées par l'enquêté, qui rendent les déplacements encore plus éprouvants. On comprend à travers ces propos que les conditions difficiles entraînent une fatigue progressive des agents de santé communautaire, en réduisant leur endurance sur le terrain et parfois affecte leur niveau d'engagement dans les campagnes de lutte contre la schistosomiase pédiatrique. Dans une démarche interactionniste, ces extraits révèlent que la charge de travail chez agents de santé communautaire ne se réduit pas à une accumulation de tâches sur le terrain. En effet, pour eux, le processus de prise en charge nécessite la considération de plusieurs étapes avant l'implémentation du médicament chez les enfants d'âge préscolaire. Le nombre d'enfants au sein d'un même ménage peut allonger le temps l'intervention et la prise en charge longue. Par ailleurs, le sens qu'ils donnent à leurs actions vient des expériences vécues et interaction qu'ils construisent avec leur environnement social.

La charge de travail ne doit pas être comprise seulement comme une fatigue physique. Elle est aussi relationnelle et émotionnelle. Le porte-à-porte exige de marcher, d'attendre les parents, d'expliquer le traitement, de répondre aux objections, de peser les enfants, de respecter les étapes d'administration et parfois de gérer les refus. Plus la procédure est longue, plus l'agent doit investir du temps et de l'énergie dans chaque ménage. Dans les zones rurales où les habitations sont dispersées et où les moyens de déplacement sont limités, cette charge peut devenir un facteur de démotivation, surtout lorsque la rémunération est faible ou tardive.

2.2 Déterminants socio-économiques de l'intégration des agents de santé communautaire dans la lutte contre la schistosomiase pédiatrique

Cette partie du travail consiste à mettre en exergue les déterminants sociaux et économiques qui agissent sur le travail des agents de santé communautaire dans les districts sanitaires d'Agboville et de Bangolo. Le soutien de la communauté, le soutien de leur superviseur et les contraintes économiques présentent la complexité de leur engagement.

2.2.1 Déterminants sociaux de l'implication des agents de santé communautaire

L'implication des agents de santé communautaire dépend de l'ensemble des facteurs sociaux qui influence leur travail sur le terrain. Ces facteurs présentent les interactions des agents de santé communautaire envers la communauté. Ils agissent sur la manière dont ils perçoivent eux même leur rôle. Les extraits provenant des parents d'enfants en âge préscolaire et des agents de santé communautaire rendent compte de cette situation :

« Sans nous la communauté ne peut jamais accepter les services sanitaires. Si aujourd'hui dans mon village je dis le médicament qu'ils envoient ne prenez pas, ils ne vont pas prendre. » **(Centre de santé rural de Dieouzon / district sanitaire de Bangolo)**

« Oui, je suis confiant que la communauté a confiance en nous parce qu'ils ont eu la confiance de nous de laisser les enfants pour les vacciner. Oui, vous avez confiance. La communauté a confiance puisqu'on vient du centre de santé. » **(Centre de santé urbain de Grand Morié/district sanitaire d'Agboville)**

« Oui, on nous a soutenus. Ils nous ont suivis de temps en temps. Souvent, ils nous appellent pour voir où nous sommes. Pour voir comment ça se passe, comment est-ce qu'on fait, si on a mal fait. Quand on fait ça mal, ils nous disent que comment il faut faire, comment il faut peser l'enfant. Comment on place la balance, tout ça. Donc ça a été bien fait. J'ai aimé. En tout cas, nos superviseurs nous ont soutenus du côté moral et du côté financier. Ils nous ont encouragé, nous rendaient visite, nous accompagnaient. » **(Centre de santé rural de Blenimeouin / district sanitaire de Bangolo)**

Ces propos témoignent que les agents de santé communautaire participent également à la construction de la confiance entre la communauté et le système de santé. Le premier verbatim met en lumière le fait que l'acceptation des populations aux interventions sanitaires repose essentiellement sur les relations sociales entretenues avec les agents de santé communautaire. En effet, les enquêtés soulignent l'influence

sociale dont disposent les agents santé communautaire au sein de leurs localités. Cela s'explique surtout par les liens de proximité construits au quotidien avec la population. Au niveau du second discours, il renforce l'idée de confiance sociale construite autour de la fonction de l'agent de santé communautaire. Le fait que les parents acceptent de confier leurs enfants pour les activités de vaccination est perçue par l'enquêteur comme une preuve de crédibilité et de reconnaissance sociale. L'enquêteur traduit que la légitimité des agents de santé communautaire se construit sur leur rattachement aux structures sanitaires. Les interactions régulières entre eux et les habitants favorisent ainsi l'acceptation des interventions dans la communauté. Le troisième extrait met un accent particulier sur les interactions entre agents de santé communautaire et leurs superviseurs pendant les traitements de masse. En effet, ils montrent que l'accompagnement moral et financier constitue un facteur capital dans l'exécution des actions au sein de la communauté. Perçue comme des agents de soutien, les superviseurs sont des acteurs sociaux permettant aux agents communautaires d'être efficace sur le terrain. Dans une démarche interactionniste, ces différents extraits montrent que l'efficacité des interventions sanitaires repose essentiellement sur les relations sociales construites entre les acteurs impliqués dans la distribution. Ces résultats montrent que la confiance communautaire est une ressource de travail. Les ASC sont écoutés parce qu'ils sont connus, parce qu'ils vivent dans la communauté et parce qu'ils sont rattachés au centre de santé. Cette double appartenance leur donne une légitimité particulière : ils parlent le langage du système de santé, mais ils connaissent aussi les codes sociaux locaux. Cependant, cette position est fragile. Si les effets secondaires sont mal gérés, si les primes tardent ou si les

superviseurs sont absents, la confiance peut se retourner contre eux et les exposer aux accusations des familles.

2.2.2 Déterminants économiques de l'implication des agents de santé communautaire

L'analyse des déterminants économiques a été examinée dans le but de faire ressortir les conditions économiques dans lesquelles les agents de santé communautaires exercent leurs activités. En effet, les défis économiques permettent de cerner la manière dont les agents de santé communautaire se surpassent pour atteindre leur objectif sur le terrain. Les propos suivants illustrent cette réalité :

« Vous savez, nous sommes en Afrique hein, l'homme noir même, pour qu'il soit à l'aise dans le travail au sein de la structure où il travaille là, il faut que les moyens soient disponibles. Il peut avoir aussi les moyens de déplacement. Nous sommes ici en ville, peut être bon je ne sais pas comment je vais appeler ça, mais au niveau de l'encadrement, les moyens de déplacement et puis les moyens financiers aussi. Quand tu travailles là, en retour il faut avoir une bonne énumération. Souvent le travail peut être un peu compliqué mais au niveau de la rémunération, ce n'est pas trop ça. » (Centre de santé urbain de Grand Morié / district sanitaire d'Agboville)

« On finit la campagne même pour donner notre argent c'est problème. Tu peux attendre 3 mois, 4 mois l'argent ne vient pas. » (Centre de santé rural de Blenimeouin / district sanitaire de Bangolo)

« Désormais il faut que les formations soient payantes puisque celui qui nous forme là il est salarié et sa

formation est payée. Moi, je donne 3000 frs à ma famille et moi on me donne 2000 francs, ce n'est rien. Donc au lieu de deux milles francs, ils n'ont qu'à nous donner 5000 frs comme perdiem. Et il faut que la formation soit payante. (Centre de santé urbain de Grand Morié / district sanitaire d'Agboville)

*« Quand on finit comme ça à midi pour manger c'est nous même on se gère même pour boire de l'eau. A la prochaine campagne, ils n'ont qu'à essayer, encore essayer de revoir la rémunération. Nous sommes sous le soleil, c'est un peu difficile pour nous. Ça va nous aider s'ils font ça beaucoup, s'ils font tout ce qu'on a dit. Ça va nous aider à être toujours efficace dans ce village. »
(Centre de santé rural de Dieouzon / district sanitaire de Bangolo)*

Au regard de ces propos recueillir par les agents de santé communautaire, il ressort que le manque de moyens matériels et l'absence de prise en charge notamment l'alimentation et les frais de déplacement pour les zones reculées traduisent une situation de précarité dans laquelle ils exercent leur fonction. Cette réalité expose un décalage entre le travail assigné et les ressources mises à disposition pour la réalisation leur tâche. Les difficultés économiques fragilisent peuvent affecter leur engagement. De plus, la requête d'avoir des formations payantes vient d'une recherche de compensation du temps accordé. Ils sont souvent amenés à utiliser leur propre ressource pour assurer leur activité sur le terrain ce qui peut constituer un frein et créer une démotivation. Ces facteurs mettent en lumière le fait que les déterminants économiques ne se limitent pas au niveau du revenu mais plutôt aux

éléments qui conditionne leur travail sur le terrain. L'ensemble de ces discours montre que les des moyens matériels et financiers sont important dans la participation des agents de santé communautaire dans la lutte contre la schistosomiase. Ils expriment à travers ces propos que leurs efforts sur le terrain sont sous-estimés. Selon le premier témoignage, les enquêtés mettent en relation la qualité du travail et les conditions dans lesquels ils sont réalisés. En effet, d'après leur témoignage, lorsque le travail devient physiquement pénible sans compensation raisonnable, cela peut une source de démotivation. Le succès des interventions dépend de l'accessibilité des moyens de transport, de la rémunération et des formations. Le deuxième discours insiste sur les retards de paiement des primes après les campagnes. La longue attente avant de recevoir le paiement est perçue comme une source de découragement pour les enquêtés. Enfin, les derniers discours révèlent les problèmes vécus par les agents de santé communautaire pendant les campagnes sur terrain. Le manque de prise en charge des besoins élémentaires accentue la pénibilité du travail communautaire. Pour l'enquêté, l'amélioration des conditions de travail influence positivement l'efficacité des agents de santé communautaire sur le terrain. Dans une perspective fonctionnaliste, ces verbatims montrent un dysfonctionnement du système sanitaire en lien avec la fonction des agents de santé communautaire dans les interventions de lutte contre la schistosomiase pédiatrique. Les déterminants économiques révèlent un paradoxe important, les programmes de santé publique reposent fortement sur les agents de santé communautaires, mais ces derniers travaillent souvent dans des conditions précaires. Les propos sur les frais de transport, la nourriture, les retards de paiement et la faiblesse des primes montrent que

l'engagement communautaire a un coût réel pour les agents. Lorsqu'un agent de santé communautaire utilise ses propres ressources pour se déplacer, téléphoner, manger ou accompagner un enfant vers une structure de soins, son implication devient une charge personnelle. À long terme, cette situation peut fragiliser la durabilité des campagnes.

3. Discussion

Dans cette présente étude, il s'agit de mettre en évidence les perceptions entourant le processus de distribution et les déterminants socio-économiques qui agissent sur le travail des agents de santé communautaire dans les districts sanitaires à l'étude. D'abord, cette recherche montre que les perceptions des agents de santé communautaire reposent sur leur connaissance de la maladie, l'appréciation de la formation, la gestion des effets secondaires et de la charge de travail supportable. Il ressort que dans le cadre du projet de l'adoption du praziquantel pédiatrique, la connaissance de la schistosomiase chez les agents de santé communautaire dépend fortement du système formel. En effet, la formation leur permet d'avoir des connaissances et de développer leur compétence. Plusieurs auteurs et organisation ont attesté cette assertion notamment les travaux de l'organisation mondiale de la santé (2018) et Perry et al. (2014). Selon ces auteurs, la formation des agents de santé communautaire doit être continu afin qu'ils améliorent la qualité de leur service sur terrain. La formation est un facteur important car qui permet d'avoir une connaissance prolongée sur le sujet. De plus, des chercheurs comme Bhutta et al. (2010) et Lhemann et al. (2007) ont mis en relation la qualité du travail des agents santé communautaire en passant par leur formation. Ils montrent

que lorsque les formations sont peu structurées et de petites durées, cette réalité agit sur la prise en charge de la maladie. Les auteurs mettent un accent sur les éléments post formation comme la supervision sur le terrain. Pour eux, les agents de santé communautaire doivent se faire accompagner pour être bien équipé lorsqu'ils sont confrontés à des préoccupations de la communauté. Dans la même veine les recherches d'Olanirian et al. (2017) mettent lumière le fait que la formation des agents de santé communautaire va au-delà d'un outil qui améliorent les compétences mais elle permet de comprendre le sens qu'ils donnent à leur rôle. Les travaux des auteurs susmentionnés convergent vers l'idée selon laquelle la formation des agents de santé communautaire reste importante mais elle est souvent marquée de certaines limites lorsqu'elle n'est pas bien fournie. En effet, les formations apparaissent comme un enjeu central qui mérite un intérêt qui facilitent le renforcement de leurs capacités et faciliter leurs intégrations dans les interventions en santé communautaire.

Un autre aspect que l'étude met en évidence est la gestion des effets secondaires comme un fondamental dans le travail de terrain des agents de santé commentaires dans les projets sanitaire en milieu rural. Dans le cadre de lutte contre la schistosomiase pédiatrique, la question de la gestion des effets secondaires influence l'acceptabilité du médicament chez les parents d'enfants en âge scolaire. Les recherches de Larrey et al. (2007), de Hardy (2010) et celles Debesai et al. (2020) ont analysé les effets indésirables dans un contexte marqué par l'incertitude dû au circuit de gestion. Pour eux, la consommation du praziquantel entraine majoritairement des effets indésirables. Il serait nécessaire, selon les auteurs, de notifier les réactions adverses après la prise du médicament et identifier les risques associés aux traitements. Les effets

secondaires doivent être interpréter et juger par les acteurs de santé. La particularité de l'étude de Larrey est d'avoir examiné les effets indésirables liés au traitement de l'hépatite C. L'ensemble de ces auteurs n'ont pas abordé en lien la gestion des effets indésirables avec le travail des agents de santé communautaire post traitement de masse.

Des chercheurs ont accordé une attention à la charge de travail des agents de santé communautaire pendant les traitements de masse. En effet, selon l'organisation mondiale de la santé (2018), ils jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaire mais ils sont confrontés à une charge de travail excessive due à d'innombrable programme de santé. Dans cette même logique, Perry et al. (2017) montre que les agents de santé communauté sont soumis à une accumulation de tâche qui dépasse souvent leurs capacités physiques. Dans l'optique de compléter l'idée, Lehman et al. (2017) définissent la charge de travail comme un problème individuel ou souvent organisationnel. Pour les auteurs, cette situation s'inscrit dans une faiblesse structurelle du système de santé. Les auteurs proposent que les tâches confiées aux agents de santé communautaire soient équilibrées entre leur rôle sur terrain et leur différente capacité à exercer les taches.

Les déterminants socio-économiques qui influencent le travail des agents de santé communautaire dans les districts sanitaires à l'étude principalement dans le cadre de la lutte contre la schistosomiase pédiatrique dépendent de plusieurs facteurs. D'abord, le soutien de la communauté et de leur superviseur facilite leur implication. En effet, dans un premier temps, Lancman et al. (2007) voulaient comprendre la position des agents de santé communautaire comme représentant des membres de la communauté et à la fois représentants du système sanitaire. Il ressort qu'ils se sentent utile lorsqu'ils

travaillent pour la communauté, cela leur donne un sentiment d'appartenance profond à cette communauté. Pour eux, la reconnaissance locale détermine la pérennité de leur action. Allant dans le même sens, Glenton et al. (2013) se sont intéressés aux facteurs qui impactent la motivation des agents de santé communautaire. Ils ont identifié la non reconnaissance sociale et les incitations irrégulières comme étant des freins qui conditionnent la qualité du travail des agents de santé communautaire et la durabilité des programmes. La reconnaissance sociale et institutionnelle et les incitations sont déterminantes pour maintenir leur engagement.

Au niveau des déterminants économiques, les études ont fait ressortir les conditions économiques dans lesquelles les agents de santé communautaires exercent leurs activités. En effet, le manque de moyens matériels et l'absence de prise en charge notamment l'alimentation et les frais de déplacement pour les zones reculées traduisent une situation de précarité dans laquelle ils exercent leur fonction. Plusieurs chercheurs ont eu à analyser cet aspect, les auteurs tels que Mathauer et al. (2006) ont analysé les facteurs économiques comme un élément qui occupe une place centrale dans leur engagement professionnel. Pour eux, la faible rémunération constitue l'un des principaux problèmes rencontrés par les agents de santé communautaire, elle est présentée comme une situation qui diminue souvent leur motivation et la qualité de leur travail. Dans le même sens, Lewin et al. (2010) indiquent que les agents de santé communautaire sont souvent engagés sur une base bénévole avec une rémunération faible et irrégulière. Ils sont parfois obligés de mobiliser leurs propres ressources financières pour assurer leurs déplacements vers des villages éloignés. Ces auteurs soulignent ainsi que l'absence de

compensation financière adéquate est un obstacle majeur à la durabilité des programmes de santé communautaire parce qu'elle fragilise la motivation et augmente le risque d'abandon des activités. De plus, dans la même veine, Kok et al. (2015) montrent que la performance des agents de santé communautaire dépend des conditions de mise en œuvre des programmes de santé. Ils identifient plusieurs facteurs économiques déterminants comme les faibles rémunérations et les retards de paiement. Ces insuffisances créent un sentiment de frustration chez eux, ils arrivent qu'ils se perçoivent comme peu valorisé. Cette perception négative affecte directement leur implication dans les activités de santé communautaire et souvent réduit leur productivité sur le terrain.

Les résultats de cette étude confirment les travaux de Perry et al. (2014), qui montrent que les agents de santé communautaire peuvent améliorer l'accès aux interventions de santé, mais que leur efficacité dépend fortement de la qualité de leur intégration au système de santé. Dans les districts d'Agboville et de Bangolo, les ASC sont bien intégrés socialement dans les communautés, mais leur intégration institutionnelle demeure partielle lorsque la supervision, les moyens logistiques, la rémunération et les mécanismes de réponse aux incidents ne sont pas suffisamment stabilisés.

La demande d'une formation plus longue rejoint les recommandations de l'OMS (2018) sur l'optimisation des programmes d'agents de santé communautaire. La formation ne doit pas se limiter à transmettre des consignes ; elle doit permettre aux agents de comprendre le sens de l'intervention, de maîtriser les messages clés, de gérer les situations de refus et de savoir quand référer un cas. Dans le contexte du praziquantel pédiatrique, cette exigence est encore plus forte

parce que la cible des enfants de deux à moins de cinq ans rend les parents plus attentifs aux risques supposés du médicament. La gestion des effets indésirables éclaire également la fonction de médiation des ASC. Schaaf, Warthin et Freedman (2020) décrivent les agents de santé communautaire comme des prolongements du service de santé, des médiateurs culturels et des agents de changement social. Cette triple fonction apparaît clairement ici : ils distribuent le médicament, traduisent les messages biomédicaux dans le langage de la communauté et tentent de maintenir l'adhésion malgré les inquiétudes. Mais cette médiation devient difficile lorsque les agents doivent gérer seuls les plaintes ou les urgences.

L'analyse peut aussi être éclairée par Lipsky (1980). Les ASC agissent comme des acteurs de première ligne : ils mettent en œuvre une politique publique dans des situations concrètes, souvent marquées par le manque de temps, le manque de moyens et l'incertitude. Les décisions qu'ils prennent sur le terrain, par exemple insister auprès d'un parent hésitant, contacter un superviseur, accompagner un enfant ou différer une administration, montrent qu'ils ne sont pas de simples exécutants. Ils adaptent les consignes à la réalité locale.

Enfin, les résultats confirment l'importance de la confiance dans les interventions de santé. Pour Gilson (2003), la confiance est un élément central du fonctionnement des systèmes de santé, surtout lorsque les usagers perçoivent un risque ou une incertitude. Dans cette étude, la confiance des parents envers le traitement passe largement par la confiance envers les ASC. Cela signifie qu'un programme qui néglige les conditions de travail des ASC risque d'affaiblir indirectement la confiance communautaire envers le médicament et envers le système de santé.

Conclusion

La présente étude porte sur les perceptions et les déterminants socio-économiques des agents de santé communautaire dans la lutte contre la schistosomiase pédiatrique dans les districts sanitaires d'Agboville et de Bangolo. Ce travail met en évidence la nécessité du rôle de ces acteurs pour le bon fonctionnement des interventions en santé publique. Les résultats ont abordé deux niveaux essentiels de leur implication. Premièrement les perceptions liées à la maladie, à la gestion des effets non souhaités et la charge de travail influencent considérablement leur niveau d'engagement dans les traitements de masse. Il ressort que lorsque la gestion des effets secondaires est maîtrisée et la charge de travail est adaptée en fonction de leur capacité ils arrivent à se déployer aisément dans la communauté et cela facilite l'acceptabilité du traitement. Deuxièmement, les déterminants socio-économiques trouvent leur importance dans l'optimisation du rôle des agents de santé communautaire. Les reconnaissances sociales accordées par la communauté et celle de leur superviseur lors des traitements de masse favorisent leur implication. Cependant, les contraintes économiques et l'insuffisance de moyen de soutien se représentent comme des obstacles dans la continuité de leur travail dans les interventions communautaire. Ainsi, leur implication repose sur un équilibre entre les conditions de travail et la valorisation socio-économique. Les deux districts sanitaires à l'étude présentent les mêmes similitudes. Il s'avère nécessaire d'augmenter les jours formations afin d'améliorer les mécanismes d'accompagnement et développer des stratégies de reconnaissance sociale et renforcer les incitations

financières pour garantir implication durable et efficace dans les interventions en santé communautaire.

L'étude confirme que les perceptions et déterminants socio-économiques relèvent d'une importance capitale dans le cadre de l'engagement des agents de santé communautaire. Elle montre que la reconnaissance sociale et le sentiment d'utilité au sein de la communauté constituent des leviers importants de leur implication. Leur engagement apparaît comme une combinaison de facteurs matériels, relationnels et symboliques. L'originalité de cette étude réside dans l'analyse spécifique de l'implication des agents de santé communautaire dans la lutte contre la schistosomiase pédiatrique dans les districts sanitaires à l'étude. Contrairement à cette recherche, de nombreux travaux ont centrés leurs performances des programmes en passant par leur rôle. Les données de ce travail ouvrent plusieurs perspectives dans la recherche scientifique. Sur le volet scientifique, le sujet peut être élargi à d'autres districts sanitaires en Côte d'Ivoire en vue de comparer les facteurs d'implication des agents de santé communautaire dans des contextes sociaux différents. Les résultats incitent aux renforcements des mécanismes liés à la formation, à l'encadrement des agents de santé communautaire face à la gestion des effets secondaires afin d'améliorer la qualité de leur intervention dans la prévention et la prise en charge de la schistosomiase pédiatrique. Enfin, cette étude souligne la nécessité pour les décideurs de mieux intégrer les agents de santé communautaire dans les stratégies de lutte contre la schistosomiase pédiatrique. Le renforcement des partenariats entre les structures sanitaires, les communautés et les agents de santé communautaire pourrait contribuer à améliorer l'efficacité des interventions et à favoriser une meilleure appropriation des programmes de santé par les populations.

Au total, l'implication des agents de santé communautaire dans le traitement pédiatrique de la schistosomiase dépend d'un équilibre entre compétence, confiance et reconnaissance. Les agents peuvent jouer un rôle décisif dans l'acceptabilité de l'arpraziquantel, à condition que leur formation soit renforcée, que les effets secondaires soient anticipés, que les procédures de référence soient claires et que leurs efforts soient matériellement reconnus. L'enjeu opérationnel est donc de passer d'une mobilisation ponctuelle des ASC à une stratégie durable d'intégration, de protection et de valorisation de leur rôle dans les campagnes de santé communautaire.

Cette étude constitue une base de données utile pour les chercheurs et les partenaires techniques engagés dans la conception et la mise en œuvre de futures interventions de santé communautaire. En effet, ce travail s'appuie sur les contributions à l'amélioration des interventions stratégiques de santé communautaire. Les données obtenues pourraient aider les décideurs à mieux intégrer les agents de santé communautaire dans les programmes de lutte contre la schistosomiase pédiatrique en Côte d'Ivoire ainsi que dans d'autres districts ayant les mêmes caractéristiques. De plus, ils peuvent également guider les districts sanitaires dans la mise en place de stratégies plus efficaces de formation, de supervision et de motivation de ces agents.

Références bibliographiques

BHUTTA Zulfiqar, LASSI Zohra, PARIYO George, HUICHO Luis, 2010. *Expérience mondiale des agents de santé communautaire dans la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : une revue systématique*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

GLENTON Claire, COLVIN Christopher, CARLSEN Bjorn, SWARTZ Alison, LEWIN Simon, 2013. *Obstacles et facteurs facilitant la mise en œuvre des programmes d'agents de santé communautaire*, Londres, Cochrane Database of Systematic Reviews.

HARDY Anne-Cécile, 2010. *Le bénéfice du doute ? Incertitude et gestion des effets indésirables médicamenteux*, Paris, Sciences Sociales et Santé, 28(2), p. 5-30.

KOK Maryse, DIELEMAN Marjolein, TAEGTMEYER Miriam, BROERSE Jacqueline, KANE Sumit, ORMEL Hanneke, TIJM Marloes, 2015. *Facteurs influençant la performance des agents de santé communautaire dans les pays à revenu faible et intermédiaire*, Oxford, Health Policy and Planning, 30(9), p. 1207-1227.

LARREY Dominique, COUZIGOU Pierre, DENIS Jean, 2007. *Hépatite chronique C : gestion des effets indésirables du traitement*, Paris, Gastroentérologie Clinique et Biologique, 31(8-9), p. 20-28.

LEHMANN Uta, Sanders David, 2007. *Agents de santé communautaire : que savons-nous d'eux ? État des connaissances*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

LEWIN Simon, MUNABI-BABIGUMIRA Sarah, GLENTON Claire, KAREN Daniels, BOSCH-CAPBLANCH Xavier, WYK Brian Van, ODGAARD-JENSEN Janne, JOHANSEN Maren, AJA Godwin, ZWARENSTEIN Merrick, SCHEEL Ingrid, 2010. *Les agents de santé communautaire dans les soins de santé primaires et communautaires*, Londres, Cochrane Database of Systematic Reviews.

OLANIRAN Aanuoluwa, SMITH Helen, UNKELS Rebecca, SHARON Bar-Zeev, NYNKE Van Den Broek, 2017. *Qui est un agent de santé communautaire ? Une revue systématique des définitions*, Londres, Global Health Action, 10(1).

Organisation Mondiale de la Santé, 2018. *Lignes directrices sur les politiques de santé et le soutien des systèmes de santé pour optimiser les programmes d'agents de santé communautaire*, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé, 2013. *Schistosomiase : rapport de progrès 2001-2011, plan stratégique 2012-2020*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé, 2024. *L'Agence européenne des médicaments (EMA) adopte un avis scientifique positif sur le praziquantel pédiatrique (arPraziquantel)*.

Organisation mondiale de la Santé, 2022. *Lignes directrices de l'OMS sur le contrôle et l'élimination de la schistosomiase humaine*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

RIDDE Valéry, OUATTARA Fatoumata, 2015. *Des idées reçues en santé mondiale : les populations africaines seraient réticentes aux interventions de santé publique*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.

SCHAAF Marta, WARTHIN Catherine, FREEDMAN Lynn, 2020. *L'agent de santé communautaire comme prolongement des services, médiateur culturel et agent de changement social*, Londres, BMJ Global Health, 5(6), p. e002296.

PERRY Henry, ZULLIGER Robert, ROGERS Michael, 2014. *Les agents de santé communautaire dans les pays à revenu faible, intermédiaire et élevé : aperçu historique et efficacité*, New York, Annual Review of Public Health, 35, p. 399-421.

PERRY Henry, CRIGLER Lauren, 2017. *Développer et renforcer les programmes d'agents de santé communautaire à grande échelle*, Washington, USAID / Maternal and Child Survival Program.

Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016. *Plan directeur national de lutte contre les maladies tropicales négligées 2016-2020 en Côte d'Ivoire*. Programme National de

Lutte contre les Maladies Tropicales Négligées (PNLMTN).
Abidjan, Côte d'Ivoire.

BHUTTA Zulfiqar, LASSI Zohra, PARIYO George, HUICHO Luis, 2010. *Global experience of community health workers for delivery of health-related Millennium Development Goals: A systematic review*, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. World Health Organization & Global Health Workforce Alliance.

European Medicines Agency, 2023. New treatment for young children with parasitic disease schistosomiasis. <https://www.ema.europa.eu/en/news/new-treatment-young-children-parasitic-disease-schistosomiasis>

GILSON Lucy , 2003. Trust and the development of health care as a social institution *Social Science & Medicine*, 56(7), 1453–1468. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00142-9)

GLENTON Claire, COLVIN Christopher, CARLSEN Bjorn, SWARTZ Alison, LEWIN Simon, 2013. *Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: Qualitative evidence synthesis*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(10), Article CD010414.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010414.pub2>

HAINES Anthony, SANDERS David, LEHMANN Uta, ROWE Allison, LAWN Joy, JAN Suneeta, WALKER David, BHUTTA Zulfiqar, 2007. Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers, *The Lancet*, 369(9579), 2121–2131. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60325-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60325-0)

HARDY Anne-Chantal Hardy, 2019. *The benefit of the doubt? Uncertainty and management of adverse drug reactions*. *Revue française des affaires sociales*, 2019(3), 35–52. <https://doi.org/10.3917/rfas.193.0035>

KOK Maryse, DIELEMAN Marjolein, TAEGTMEYER Miriam, BROERSE Jacqueline, KANE Sumit, ORMEL Hanneke, TIJM Marloes, 2015. *Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? A systematic review*. Health Policy and Planning, 30(9), 1207–1227.

<https://doi.org/10.1093/heapol/czu126>

LARREY Dominique, COUZIGOU Pierre, DENIS Jean, 2007. Chronic hepatitis C: Management of treatment adverse effects. *Gastroentérologie Clinique et Biologique*, 31(8–9), 20–28. [https://doi.org/10.1016/S0399-8320\(07\)92559-2](https://doi.org/10.1016/S0399-8320(07)92559-2)

LEHMANN Uta, Sanders David, 2007. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. World Health Organization.

LEWIN Simon, MUNABI-BABIGUMIRA Sarah, GLENTON Claire, KAREN Daniels, BOSCH-CAPBLANCH Xavier, WYK Brian Van, ODGAARD-JENSEN Janne, JOHANSEN Maren, AJA Godwin, ZWARENSTEIN Merrick, SCHEEL Ingrid, 2010. *Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010(3), Article CD004015.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004015.pub3>

LIPSKY Michael, 1980. *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* Russell Sage Foundation.

MATHAUER Inke, IMHOFF Ingo, 2006. Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4, Article 24. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-4-24>

Ministère de la Santé et de l'Hygiène publique, 2016. National master plan for the control of neglected tropical diseases 2016–2020 in Côte d'Ivoire. Programme national de lutte contre les maladies tropicales négligées.

OLANIRAN Aanuoluwa, SMITH Helen, UNKELS Rebecca, SHARON Bar-Zeev, NYNKE Van Den Broek, 2017. *Who is a community health worker? A systematic review of definitions*. Global Health Action, 10(1), Article 1272223. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1272223>

PERRY Henry, ZULLIGER Robert, ROGERS Michael, 2014. Developing and strengthening community health worker programs at scale: A reference guide and case studies for program managers and policymakers USAID/Maternal and Child Health Integrated Program.

PERRY Henry, CRIGLER Lauren, LEWIN Simon, GLENTON Claire, LEBAN Karen, HODGINS Steve, 2017. A new resource for developing and strengthening large-scale community health worker programs. Human Resources for Health, 15, Article 13. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0178-8>

PERRY Henry Bradley, ZULLIGER Rose, ROGERS Michael Mark, 2014. *Community health workers in low, middle, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness*. Annual Review of Public Health, 35, 399–421. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354>

PUTNAM Robert David, LEONARDI Robert, NANETTI Raffaella, 1993. Making democracy work: Civic traditions in modern Italy. Princeton University Press.

RIDDE Valéry, OUATTARA Fatoumata, 2015. Received ideas in global health. Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.3607>

SCHAAF Marta, WARTHIN Catherine, FREEDMAN Lynn, 2020. *The community health worker as service extender, cultural broker and social change agent: A critical interpretive synthesis of roles, intent and accountability*. BMJ Global Health, 5(6), Article e002296. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002296>

World Health Organization, 2013. Schistosomiasis: Progress report 2001–2011, strategic plan 2012–2020. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241503174>

World Health Organization, 2018. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369>

World Health Organization, 2021. *Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>

World Health Organization, 2022. WHO guideline on control and elimination of human schistosomiasis. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041608>

World Health Organization, 2024. European Medicines Agency (EMA) adopts a positive scientific opinion on arPraziquantel. <https://www.who.int/news/item/07-02-2024-european-medicines-agency-%28ema%29-adopts-a-positive-scientific-opinion-on-arpraziquantel> World Health Organization, 2026. Schistosomiasis. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis>