

Deuxième partie

Principaux résultats

Chapitre 5 : Présentation, organisation et synthèse des résultats

Chapitre 6 : Résultats détaillés

« Ne présumez jamais que vous connaissez les besoins et les priorités des populations ; admettez votre totale ignorance de leur contexte, la manière dont leurs esprits fonctionnent, les raisons de leurs attitudes, et leur demander plutôt comment elles voudraient que vous les aidiez. »

M. D. Chavez, 1991, p.4

Les différents résultats de l'étude ont fait l'objet d'articles que nous présentons au chapitre 6 et en annexe. Nous en donnons ci-après une vue globale en lien avec les différents moments de l'intervention ainsi que les différents objectifs de l'étude. Comme nous l'avons signalé à la page 37 et au tableau 4, le concept d'empowerment se décline sous deux formes essentielles, le processus et les résultats. Il est mesurable aux niveaux individuel, communautaire et du groupe. Pendant la période de l'intervention, il se produit déjà des résultats que la distinction actuelle d'avant, pendant et après l'intervention peut ne pas aider aisément à rendre compte séparément et uniquement à la phase post-intervention. Nous essayons de donner le maximum de précisions pour aider à la compréhension de l'exposé.

5.1. Avant l'intervention

Les résultats sont ici en lien avec le dépistage actif dans les deux villages pilote et témoin et les entretiens individuels et de groupe menés dans le village pilote. Nous présentons également les résultats des perceptions des professionnels de la santé recueillies dans le cadre de l'élaboration de l'intervention.

5.1.1- Représentations et perceptions de la fièvre par les familles du village pilote

L'article 3 présente les représentations et perceptions des familles dans le village pilote avant l'intervention. Elles ont été utiles, à la fois, pour l'élaboration de l'intervention et également pour la comparaison avec la situation en fin d'intervention. Nous présentons l'ensemble des résultats au sous-chapitre 5.3.

5.1.2- Comportements de soins des parents en cas de fièvre des enfants et itinéraires thérapeutiques dans le village pilote avant l'intervention

La figure 5 (à la page 53) présente les itinéraires thérapeutiques ayant cours dans le village pilote avant l'intervention. La figure est élaborée à partir des entretiens individuels approfondis, des données de l'observation et des entretiens du dépistage actif (voir le Tableau 10). A partir des déclarations des interviewés, on note un sentiment de compétence vis-à-vis de la fièvre de l'enfant. L'itinéraire thérapeutique passe ainsi d'abord par l'automédication systématique dans la grande majorité des cas. Seuls 11% des interviewés ont signalé un recours direct au centre de santé tandis que 89% déclarent pratiquer systématiquement l'automédication. Avant d'aller voir un guérisseur à cause de la persistance de la fièvre de l'enfant, ceux qui choisissent l'automédication ont recours dans un premier temps au conseil d'un voisin reconnu pour son expertise dans les situations de détresse des enfants. Surtout quand on est femme, la décision d'aller chez le guérisseur ne se prend pas seule. Si malgré tout, la fièvre persiste, c'est alors que la décision sera prise d'aller au centre de santé. Le choix du centre de santé ou du soignant dépendra des moyens des parents et/ou de la compétence perçue de ce dernier.

Le recours au centre de santé se faisant souvent au stade de complications dans un contexte d'absence de mécanismes de solidarité qui aiderait à soutenir le partage des coûts des soins, certains agents de santé, en milieu rural, qui estiment qu'une évacuation vers un centre de compétence supérieure ne ferait que ruiner les parents sans aboutir à la guérison

de l'enfant, proposent à ceux-ci de recourir aux soins traditionnels, c'est-à-dire d'aller chez le guérisseur. Ces genres de propositions venant de la part de professionnels de la santé, confortent les populations dans leur logique donnant la priorité aux soins traditionnels. « *Même si tu vas là-bas (le centre de santé), les agents de santé eux-mêmes te conseillent parfois d'aller dans le traditionnel* », ont signalé les interviewés. L'échec, dans ces conditions aboutit au décès de l'enfant que ce soit chez le guérisseur ou au centre de santé. Le décès, quand il survient au niveau du guérisseur, est plus accepté, car il est expliqué selon la tradition. Il n'y a « pas de coût » en dehors de ce que les ancêtres auront exigé à l'entrée du processus de recours et qui est souvent en nature. En revanche, lorsqu'il survient au centre de santé, il est, selon les populations, signe d'impuissance du système sanitaire, un système « étranger » auquel elles ne sont pas habituées et qui « *ne fait pas suffisamment pour les conquérir, sinon que d'exiger le paiement avant l'admission et les soins* ». Un processus qui est à l'opposé de celui, traditionnel, de recours aux soins et que certains n'hésitent pas à taxer de « méchant ». Le décès au centre de santé accroît ainsi la perception négative qu'ont les populations du système sanitaire national qui est déjà trop cher avec des pratiques de « méchanceté ». S'ils sont amenés à y aller, il faut qu'ils obtiennent la guérison, quel que soit le stade d'évolution de la fièvre, sinon ils n'y retournent plus la prochaine fois. « ... *Après deux ou trois jours, si la fièvre ne chute pas, on va ailleurs (dans le traditionnel)* » a déclaré un interviewé. L'échec du traitement de la fièvre au centre de santé est interprété comme une fièvre dont l'origine n'est effectivement pas naturelle, la gravité en étant déjà un signe.

D'un autre côté, les parents qui consultent au centre de santé au début de l'évolution de la fièvre obtiennent la guérison de leurs enfants. Les populations en déduisent qu'il faut alors aller au centre de santé afin de se fixer sur la nature de la fièvre (naturelle ou d'autres causes, médicale ou provoquée). A partir de cette représentation du centre de santé, une partie de la population pourrait s'y rendre en cas de fièvre, à condition de leur créer des conditions attractives, pensent certains interviewés. Parmi ces conditions, il y a le coût des soins. La réduction des coûts des prestations permettrait, selon les interviewés, non seulement à certains d'aller se fixer sur la nature de la fièvre de leurs enfants, mais également attirerait une autre partie qui a simplement la cherté des soins comme handicap au non-recours aux centres de santé. Parlant du coût des soins, la population du village pilote a insisté sur l'existence d'un coût minimum mais qui nécessite une organisation de manière à lever la contrainte de paiement avant l'admission et l'administration des soins (voir au chapitre 5.3).

5.1.3- Dépistage actif du paludisme

Afin de donner une vue globale des résultats d'avant et après l'intervention en rapport avec le dépistage actif, nous présentons l'ensemble des données y afférentes au niveau du sous-chapitre 5.3 consacré aux résultats de la période post-intervention.

5.1.4- Perceptions de la participation des populations par les professionnels de la santé dans la lutte contre le paludisme

L'Article 5 rend compte des résultats obtenus de l'entretien avec les professionnels de la santé en matière de participation de la communauté à la lutte contre le paludisme en général et celui de l'enfant en particulier. Les informations recueillies avant l'intervention dans le

village pilote et également auprès des professionnels de la santé, ont été exploitées pour l'élaboration de l'intervention mise en place.

5.2. Pendant l'intervention

Notre étude s'est occupée à prendre en considération les préoccupations de la population du village pilote en matière de la fièvre de l'enfant dans l'élaboration de l'intervention mise en place afin de voir les résultats qui en découleront à la phase évaluative. Cette prise en compte des perceptions et représentations de la fièvre de la communauté du village pilote s'est faite à travers une étroite collaboration qui confiait à cette dernière la gestion du processus de l'intervention. Elle était au centre de l'intervention ainsi mise en œuvre comme nous l'avons mis en exergue au chapitre 4. Pour les évolutions survenues au cours de l'intervention, nous avons fait le point après la période des actions, à l'évaluation post-intervention. Nous présentons l'ensemble des résultats relatifs à la période d'intervention dans le sous-chapitre consacré à la période post-intervention. Nous rendons compte ci-après des effets de l'intervention en ce qui concerne l'empowerment et la participation au niveau de la communauté.

5.2.1- Empowerment communautaire et participation des parents dans la lutte contre le paludisme de l'enfant dans le village pilote

De l'avis des membres du comité villageois et des interviewés (interviews individuelles approfondies et de groupe), 80% des membres de la communauté ont participé à l'intervention. En effet, les différents micro-projets ont été l'occasion de rassembler nombre de gens selon qu'ils s'intéressaient à telle ou telle activité. L'intervention aura également permis le développement des aptitudes en matière de la prise en charge adéquate de la fièvre de l'enfant, une communication plus efficace entre les membres en ce qui concerne la problématique de la fièvre, une conscience critique au niveau individuel et le capital communautaire (voir Articles 6, 7, 8). Parlant de communication, elle s'est traduite par une interaction positive, l'expression de points de vue divergents ancrée dans la confiance, la circulation large, libre et efficace de l'information générale, l'accès à l'information requise pour réussir les micro-projets spécifiques et la transparence dans les processus décisionnels.

La conscience critique s'est traduite par le développement de la conscience collective (l'individu n'est pas seul à être confronté à la fièvre de l'enfant) ; la conscience sociale (les décès d'enfants dans les familles sont influencés par la façon dont la communauté est organisée, conduisant de ce fait à une réduction de l'auto-culpabilisation) ; une conscience politique et l'acceptation d'une responsabilité personnelle pour le changement (la solution des problèmes d'ordre structurel à la base des décès fréquents d'enfants passe par le changement de la façon dont la communauté est organisée). Cette conscience critique, se développant, a conduit au développement du sentiment d'appartenance à la communauté et un engagement envers les autres membres.

Le capital communautaire, quant à lui, s'est traduit par la conscience de la citoyenneté possédée par chacun des membres de la communauté, ce qui a permis le développement de l'entraide sur le plan individuel (surtout visible avec le comité villageois vis-à-vis des

autres membres de la communauté) et qui a également permis d'étendre l'action de l'intervention sur des préoccupations au-delà de la problématique de la fièvre (la scolarisation des enfants, l'alphabétisation des adultes, la mise en place d'une fontaine d'eau potable, etc.), traduisant la dimension sociale de l'empowerment.

La conscience critique et le capital communautaire au niveau de la communauté et surtout au sein des membres du comité villageois du projet ont ainsi contribué à l'amélioration de l'observance du traitement de la fièvre auprès des parents par la supervision systématique de l'administration des médicaments. Ce développement de l'empowerment individuel, de groupe et communautaire ainsi observé, à travers la mise en œuvre des micro-projets, a contribué à une adhésion aux activités de l'intervention et par conséquent à agir sur la prévalence de la fièvre et du paludisme de l'enfant dans le village.

5.2.2- Effets communautaires

Comme cela est mentionné à l'étape 7 de l'intervention (voir le chapitre 4), les communautés ont été au-delà de la question de la fièvre et du paludisme pour mettre en place dans le village des actions communes visant leur bien-être en général. Parmi ces actions, il y a le champ communautaire, les moulins à manioc et à épices, la scolarisation systématique des enfants, l'alphabétisation des adultes et la mise en place de la fontaine d'eau potable. Cette dernière action a abouti à une réalisation concrète après les négociations entreprises avec la direction départementale de l'hydraulique. Le village dispose désormais d'une fontaine d'eau potable depuis juillet 2007, bien après notre « retrait ». Ces effets sont de l'ordre de la dimension sociale de l'empowerment, traduisant que les membres de la communauté d'intervention, étant *empowered*, ont utilisé les aptitudes et compétences acquises pour la résolution d'autres problèmes auxquels la communauté est confrontée.

5.3. Après l'intervention

5.3.1- Représentations et perceptions de la fièvre par les familles du village pilote

Les articles 6, 7 et 8 donnent l'essentiel des résultats sur les représentations et perceptions des parents relatives à la fièvre de l'enfant et leurs implications dans le processus de recours aux soins comme le montrent les figures 5 et 6. Le tableau 11 présente les résultats obtenus auprès des familles interviewées avant et après l'intervention.

5.3.2- Comportements de soins des parents en cas de fièvre des enfants et itinéraires thérapeutiques dans le village pilote après l'intervention

Cette intervention a pu générer des effets comportementaux dans la population du village pilote au regard de la prise en charge de la fièvre de l'enfant (Articles 6, 7 et 8). En matière de comportements, l'évaluation de l'intervention a permis de noter que les itinéraires thérapeutiques ont connu d'importantes modifications comme le montre la figure 6, élaborée à partir des données du dépistage actif, des interviews approfondies et d'observation (Tableau 10). On a observé une tendance pratiquement à l'inverse de celle de la figure 5 avant l'intervention. Les populations ont désormais fait le choix de traiter, selon les modalités discutées, les cas de fièvre des enfants en se procurant les médicaments auprès des AVS. Elles ont également opté pour un recours aux centres de santé en cas de persistance de la

fièvre. Il s'en est résulté une diminution des cas graves de fièvre et par conséquent une diminution des décès attribuables au paludisme (Article 7). Les populations ont de ce fait accru leur engagement dans le projet et sur d'autres aspects visant l'amélioration de leurs conditions de vie.

Tableau 10 : Recours aux soins adéquats dans les villages pilote et témoin avant et après intervention

Recours aux soins adéquats	Village pilote (Drabo)				Village témoin (Dogodo)			
	Intervention							
	Avant		Après		Avant		Après	
	n	N	n	N	n	N	n	N
Dépistage actif	6	52	19	29	3	62	6	73
Interviews approfondies	2	18	16	18	N/A			
Total	8	70	35	47	3	62	6	73
Pourcentage (%)	11 [5 - 21]	100	74 [60 – 86]	100	5 [1 – 13]	100	8 [3 – 17]	100

N= nombre des interviewés ; n= fréquences des recours aux soins adéquats ; N/A= non applicable ; []= IC95 %

Tableau 11 : Représentations des types de fièvre de l'enfant dans la communauté pilote avant et après intervention (Interviews individuelles approfondies, n = 18)

Types de fièvre (selon les causes)	Intervention	
	Avant (n=18)	Après (n=18)
Paludisme (vespérale*, avec céphalées, courbature*, frissons, entraînant anémie, splénomégalie, révulsion oculaire. Provoquée par le moustique)	8	18
Rougeole	8	5
Dentition	3	1
Autres maladies (diarrhées, infections, staphylococcie de la peau, toux, vomissements*, douleurs abdominales*, angine*, dysenterie*)	9	15
Hygiène (de l'eau, corporelle, alimentaire)	2	0
Ventre sale (parasitoses intestinales)	3	1
Naturelle ou simple (jamais ne se complique)	2	0
Provoquée (sorciers, envoûtement)	3	0
Climat (froid, soleil), Chaleur*	2	1
Ne fais pas de distinction	1	0

*les précisions et/ou compléments apportés lors des interviews après intervention

5.3.3- Dépistage actif du paludisme

Nous présentons ici les effets cliniques et épidémiologiques de l'intervention par la comparaison de l'évolution de la fièvre et du paludisme de l'enfant dans les villages pilote et témoin avant et après l'intervention. Les éléments pris en compte sont la prévalence de la fièvre dans la population des enfants de moins de cinq ans, la proportion de fièvre attribuable

au paludisme suivant les résultats de la GE et du FS, l'évolution des recours aux soins modernes et des cas graves de paludisme d'enfants de moins de cinq ans reçus dans les centres de santé fréquentés par les deux villages. L'Article 7 présente l'essentiel de ces résultats. Les tableaux 12 et 13 présentent les résultats des GE et des FS (DP) dans les deux villages pilote (Drabo) et témoin (Dogodo) avant et après l'intervention.

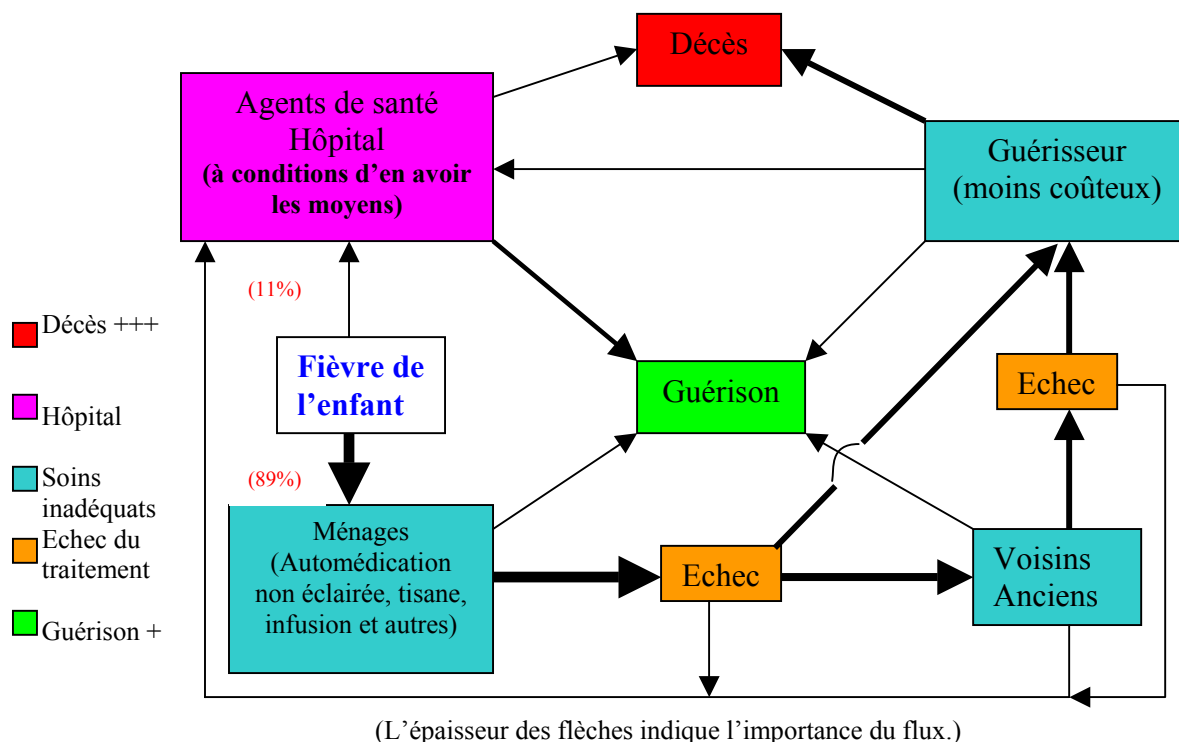


Figure 5 : Itinéraires thérapeutiques dans le village pilote (Drabo) avant intervention

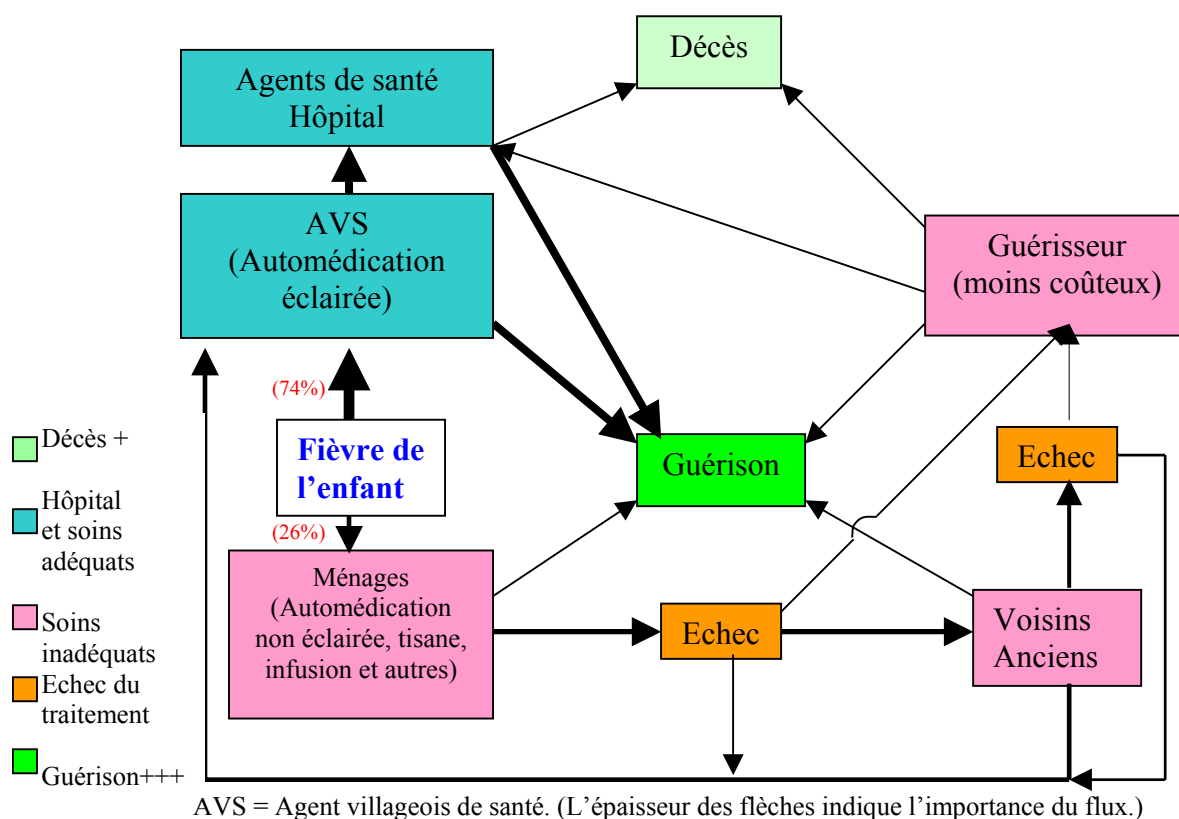


Figure 6 : Itinéraires thérapeutiques dans le village pilote (Drabo) après intervention

Tableau 12 : Evolution de la distribution de la GE et de la DP avant et après l'intervention dans le village pilote (Drabo)

Goutte Epaisse	Intervention				Différence		P
	Avant		Après				
	n	%	n	%	n	%	
Positive	24	46 [32 - 61]	14	48 [29 - 67]	- 10	+ 2	0,166
Négative	28	54 [39 - 68]	15	52 [33 - 71]	- 13	- 2	
Total	52	100	29	100			
Densité Parasitaire							
200-999	11	46 [26 - 67]	7	50 [23 - 77]	- 4	+ 4	0,166
1000-10000	13	54 [33 - 74]	7	50 [23 - 77]	- 5	- 4	
Total	24	100	14	100			

[] = Intervalle de Confiance à 95%

Tableau 13 : Evolution de la distribution de la GE et de la DP avant et après l'intervention dans le village témoin (Dogodo)

Goutte Epaisse	Intervention				Différence		P
	Avant		Après				
	n	%	n	%	n	%	
Positive	36	58 [45 - 70]	41	56 [44 - 68]	+ 20	- 2	0,166
Négative	26	42 [30 - 55]	32	44 [32 - 56]	+ 6	+ 2	
Total	62	100	73	100			
Densité Parasitaire							
200-999	11	31 [16 - 48]	10	24 [12 - 40]	- 1	- 5	0,166
1000 - ≥ 20000	25	69 [52 - 84]	31	76 [60 - 88]	+ 6	+ 5	
Total	36	100	41	100			

[] = IC à 95%

Note : La différence de l'évolution des GE entre les deux villages ainsi que des DP avant et après l'intervention n'est pas significative ($P > 0,05$).

5.3.4- Facteurs, selon les parents, devant favoriser leur participation aux programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant

A partir de l'interaction avec les membres de la communauté pilote pendant l'intervention ainsi que des différents entretiens avant et après, il ressort que leur participation au programme de lutte contre le paludisme des enfants dépend des facteurs généralement en lien avec leur bien-être, au-delà donc du paludisme lui-même et de la santé tout court. Parmi

ces facteurs identifiés nous distinguons ceux ayant rapport au paludisme, à la santé en général, à l'environnement et aux conditions socio-économiques.

5.3.4.1- Facteurs liés au paludisme de l'enfant

Par rapport au paludisme de l'enfant au sein de la communauté d'étude, il est plutôt préférable de parler de la fièvre à laquelle sont liées plusieurs représentations et perceptions (Article 3). La fièvre est fréquente de l'avis de la communauté, mais les attributions causales sont fortement liées aux perceptions et le paludisme n'est évoqué que par huit des 18 interviewés (entretiens individuels approfondis) (Tableau 11). L'Article 3 présente les différentes représentations et perceptions causales de la fièvre de l'enfant dans le village pilote. Ces représentations et perceptions vont induire un itinéraire thérapeutique particulier qui s'inscrit dans la logique des populations, comme le montrent la figure 5 et le tableau 10.

5.3.4.2- Facteurs liés à la santé en général

Pour la population du village pilote, parler de la fièvre de l'enfant amène à s'intéresser à des aspects plus généraux de la santé de la population. Parmi ces aspects mentionnés, il y a la situation actuelle du village qui ne dispose pas d'eau potable. Selon elle, avec l'expérience d'une fontaine par le passé, la santé dans le village s'est considérablement améliorée, en l'occurrence la fièvre chez les enfants. Alors, il serait superficiel de s'intéresser à la fièvre sans prendre en compte ce problème d'eau potable par exemple. Par ailleurs, la situation du village par rapport au centre de santé d'arrondissement (5 km) est un autre aspect à considérer. Cette question de distance devrait amener à examiner une formule qui permette de disposer, à proximité, des médicaments de première nécessité pour ne pas être obligé d'aller systématiquement au centre de santé dans un contexte où le déplacement est très difficile et la fièvre très fréquente.

5.3.4.3- Facteurs liés à l'environnement

« *Le paludisme qui est une des causes de la fièvre est dû aux moustiques, nous disent les agents de santé. Pourquoi ne pas alors nous aider à nous réorganiser en matière de construction de nos maisons de sorte à éviter la piqûre des moustiques une fois à l'intérieur ?* » La population du village pilote exprimait ainsi sa préoccupation en matière de prévention du paludisme. Ils sont dans la brousse en étant au village disent-ils, et la préoccupation devrait être d'adopter un type d'habitat qui aide à se protéger contre la piqûre des moustiques plutôt que de leur demander de débroussailler les alentours des maisons. Ils ont de ce fait procédé à l'adoption d'un modèle d'habitat comme le montre l'Annexe 6. Le modèle dessiné par un architecte sur la base des indications de la communauté (sur l'exemple de maisons existantes dans la communauté), est déposé auprès du chef de village pour être consulté au besoin par les membres qui auront en projet de bâtir une maison ou d'apporter des modifications à celles existantes.

5.3.4.4- Facteurs liés aux conditions socio-économiques

En matière de santé, la fièvre de l'enfant est la priorité pour la population du village de Drabo. Cependant, sa prise en charge adéquate passe par la résolution d'autres problèmes qui y sont étroitement liés selon elle. Il s'agit de la situation de précarité des ménages qui s'explique par le manque de revenu au niveau des femmes et l'amenuisement des

possibilités d'emploi au niveau des pères. La population qui est majoritairement composée d'agriculteurs, se trouve de plus en plus privée de terres cultivables. En effet, le village étant à proximité de Cotonou (capitale économique du Bénin), subit la pression d'occupation des acquéreurs de parcelles pour leur installation. La vente des parcelles initialement destinées à l'agriculture n'a pas servi à une reconversion efficace de nature à relever le défi de la pauvreté. En conséquence, malgré l'importance et la gravité de la fièvre de l'enfant, les ménages ne disposent pas de moyens adéquats pour y faire face. Les solutions choisies sont alors celles nécessitant peu de moyens en matière d'investissement, ce qui explique que le recours aux formations sanitaires se fait dans une moindre mesure (Tableau 10 et figure 5, plus de détails dans l'Article 4).

5.3.5- L'adhésion de la communauté à l'intervention

5.3.5.1- Acquisition, gestion et usage des médicaments

Entre autres résultats qui sont présentés dans les Articles 6, 7 et 8, il faut mentionner les efforts déployés par la communauté en matière d'accessibilité aux soins, en matière de médicaments. Des AVS désignés par hameau s'occupent de la cession des médicaments que le comité achète, par l'intermédiaire d'un centre de santé, auprès du MS. Les prix de cession et la gestion des stocks sont à la charge également du comité. Les Tableaux 14 à 16 montrent les médicaments cédés, les prix et l'évolution des stocks pendant la période du projet.

Tableau 14 : Différents médicaments acquis dans le cadre du projet entre octobre 2005 et avril 2007, leurs formes, dosages et quantités

Médicaments	Forme	Dosage	Quantité
Coartem®	Comprimés	20/120 mg	400
Chloroquine	Comprimés	100 mg	5 000
Quinine	Comprimés	100 mg	12 200
Paracétamol	Comprimés	100 mg	13 850
Mébendazole	Comprimés	100 mg	6 000

5.3.5.2- Consommations des médicaments et des soins

Le Tableau 16 donne une vue de l'évolution de la consommation des médicaments dans le village pilote (Drabo). La consommation a connu une progression croissante passant de la chloroquine à la quinine à cause d'une certaine inefficacité signalée par les populations concernant le premier. Le Tableau 17 montre l'importance du recours à l'AVS (et le centre de santé) qui confirme la consommation des médicaments achetés par le comité villageois. Le Tableau 18 montre l'intérêt porté par la communauté pilote aux médicaments au niveau de l'AVS où 90% utilisent les comprimés en fin d'intervention, comparativement à la situation dans le village témoin où ce pourcentage est à 55%. Le Tableau 19 montre que les comprimés utilisés sont à 89% des antipaludiques seuls ou en association avec des antipyrétiques, dans le village pilote. Il y a ainsi une progression statistiquement significative par rapport au début de l'intervention ($P = 0,048$). Ce pourcentage est de 93% dans le village témoin en fin d'intervention, en légère augmentation, mais non statistiquement significative,

par rapport au début de l'intervention ($P = 0,253$). Le Tableau 20 permet de noter l'adéquation des traitements administrés qui est de 83% dans le village pilote contre 16% dans le village témoin.

Tableau 15 : Conditionnement et prix de cession comparés des médicaments entre le centre de santé d'arrondissement (CS Togba) et le village pilote (Drabo)

Médicaments	CS Togba		Drabo (village d'intervention)	
	Conditionnement	Prix (CFA)	Conditionnement	Prix (CFA)
Coartem®*	8	3045	8	600
Chloroquine	20	150	10	50
Quinine	20	400	10	150
Paracétamol	20	200	10	50
Mébendazole	6	150	6	50

*Prix sur le marché à la date du 20 octobre 2005. Le médicament n'était pas disponible au CS Togba

Note : Au CS Togba on ne vend que des conditionnements de 20 au moment où à Drabo, les conditionnements sont de 10 (ce qui est bien suffisant pour le traitement d'un enfant).

Tableau 16 : Répartition des médicaments selon les dates d'approvisionnement par le comité du village

Médicaments/forme	Dosage	Quantité	Date
Chloroquine comprimés	100 mg	3000	20 octobre 2005
		2000	7 novembre 2006
Quinine comprimés	100 mg	1000	20 octobre 2005
		1000	31 janvier 2007
		200	24 janvier 2007
		10000	27 avril 2007
Paracétamol comprimés	500 mg	3000	20 octobre 2005
		3000	10 mars 2007
		2000	7 novembre 2006
		2000	31 janvier 2007
		350	24 janvier 2007
		3500	27 avril 2007
Mébendazole Comprimés	100 mg	3000	20 octobre 2005
		1000	7 novembre 2006
		1000	31 janvier 2007
		3000	27 avril 2007
Coartem® comprimés	20/120 mg	400	20 octobre 2005

5.3.5.3- Mesures de prévention

Les mesures de prévention contre le paludisme prises dans le village pilote sont essentiellement l'utilisation des moustiquaires imprégnées comme le montre le Tableau 21. Parallèlement, les villageois ont pris l'engagement de reconsidérer leur type d'habitat dans le but de se protéger contre la piqûre des moustiques une fois à l'intérieur des maisons (voir chapitre 4, étape 7 et l'Annexe 6). Au moment de l'évaluation de l'intervention, plusieurs maisons étaient en construction conformément au nouveau modèle adopté. Certains autres ont entrepris de rénover leur maison dans le but de la rendre conforme à ce nouveau modèle.

Tableau 17 : Répartition des recours aux soins avant et après intervention dans le village pilote (Interviews individuelles approfondies)

Types de recours	Intervention	
	Avant (n = 18)	Après (n = 18)
Hôpital/AVS	2	16
Automédication non éclairée	9	0
Infusion/Tisane/Guérisseur/Couvent	6	2
Aucun traitement	1	0

Tableau 18 : Traitements administrés au cours des épisodes de fièvre dans les villages pilote et témoin avant et après intervention

Traitements administrés dans le village pilote (Drabo)	Avant Intervention		Après Intervention		Différence		P
	n	%	n	%	n	%	
Comprimés	36	69 [55 – 81]	26	90 [73 - 98]	- 10	+ 21	0,038*
Infusion/Jus citron/Aucun traitement	16	31 [19 – 45]	3	10 [2 - 27]	- 13	- 21	
Total	52	100	29	100			
Traitements administrés dans le village témoin (Dogodo)							
	n	%	n	%	n	%	
Comprimés	41	66 [53 – 78]	40	55 [43 - 66]	- 1	- 11	0,205
Infusion/Jus citron/Aucun traitement	21	34 [22 – 47]	33	45 [34 - 57]	+ 12	+ 11	
Total	62	100	73	100			

* = Significative, [] = IC à 95%

Note : La différence entre les traitements administrés dans les deux villages après l'intervention (comprimés - infusion/jus citron/aucun traitement) est statistiquement significative (P = 0,001).

Tableau 19 : Comprimés utilisés au cours des épisodes de fièvre dans les villages pilote et témoin avant et après intervention

Comprimés administrés dans le village pilote (Drabo)	Avant Intervention		Après Intervention		Différence		P
	n	%	n	%	n	%	
Antipaludiques seuls et Antipaludiques + Antipyrétiques	24	67 [49 - 81]	23	88 [70 - 98]	- 1	+ 21	0,048*
Antipyrétiques seuls et Autres**	12	33 [19 - 51]	3	12 [2 - 30]	- 9	- 21	
Total	36	100	26	100			

Comprimés administrés dans le village témoin (Dogodo)							
Antipaludiques seuls et Antipaludiques + Antipyrétiques	35	85 [71 - 94]	37	93 [80 - 98]	+ 2	+ 8	0,253
Antipyrétiques seuls et Autres***	6	15 [6 - 29]	3	7 [2 - 20]	- 3	- 8	
Total	41	100	40	100			

* = Significative, ** = multivitamine, vermifuge, *** = antibiotiques, [] = IC à 95%

Note : La différence de l'utilisation des comprimés entre les deux villages après l'intervention n'est pas statistiquement significative (P = 0,0891).

Tableau 20 : Utilisation d'antipaludiques en cas de fièvre des enfants dans les villages pilote et témoin avant et après intervention

Utilisation d'antipaludiques dans le village pilote (Drabo)	Avant Intervention		Après Intervention		Différence		P
	n	%	n	%	n	%	
Adéquate	6	25 [10 - 47]	19	83 [61 - 95]	+ 13	+ 58	0,0001*
Non adéquate	18	75 [53 - 90]	4	17 [5 - 39]	- 14	- 58	
Total	24	100	23	100			

Utilisation d'antipaludiques dans le village témoin (Dogodo)							
Adéquate	3	09 [2 - 23]	6	16 [6 - 32]	+ 3	+ 07	0,268
Non adéquate	32	91 [77 - 98]	31	84 [68 - 94]	- 1	- 07	
Total	35	100	37	100			

* = Significative, [] = IC à 95%

Note : La différence de l'utilisation des antipaludiques entre les deux villages après l'intervention est statistiquement significative (P = 0,00000).

Tableau 21 : Possession et utilisation de moustiquaire dans le village pilote avant et après l'intervention

Possession de moustiquaire		Intervention	
		Avant (n = 18)	Après (n = 18)
Oui		14	17
Nombre de Moustiquaire	1	11	4
	2	2	12
	3	1	1
Non		4	1
Utilisation de moustiquaire			
Oui		2	8
Non		16	10

6.1. Article 3 : Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins

Résumé

Au Bénin, les mères ont recours aux soins dans les formations sanitaires généralement en phase de complications du paludisme de l'enfant (anémie sévère, convulsion/coma). La présente étude a été menée en milieu rural béninois, dans le cadre de la mise en place d'une expérience de recherche-action à base communautaire avec la participation des parents pour la lutte contre le paludisme de l'enfant. Au démarrage, nous avons voulu comprendre la situation de base en matière de perceptions et représentations des parents par rapport à la fièvre de l'enfant, les habitudes de prise en charge et de recours aux soins ainsi que les facteurs qui influencent le choix des différents traitements. Les parents ont été interviewés en individuel et en focus group. Le recours aux soins est fortement empreint des perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant, considérée comme banale et ne nécessitant pas de soins dans une formation sanitaire. Les formes graves sont perçues comme une manifestation des « *mauvais œils* » et n'iront à l'hôpital qu'au bout de la chaîne d'itinéraire thérapeutique. La prise en charge adéquate du paludisme de l'enfant passe par une implication des parents de manière à composer avec leurs perceptions et représentations de la fièvre.

Mots-Clés : Paludisme de l'enfant, Perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant, Recours aux soins, Bénin.

Abstract

In Benin, mothers use to seek care at health facilities when child malaria is at the complications phases (severe anaemia, convulsions/coma). The present study was undertaken in a rural area of Benin through a community-based participation action-research aiming to control child malaria. At the beginning, we wanted to understand the basic situation as regards parents' perceptions and representations of child fever, practices of care seeking behaviour as well as factors that influence the choices of the different treatments options. The parents were interviewed individually and in focus groups. Care seeking behaviour is strongly influenced by perceptions and representations of the child fever, which is considered as banal and not requiring care in health centre. Severe malaria forms are perceived as a manifestation of the "bad eyes" and health facilities consulted only at the end of the care-seeking itinerary. Adequate child malaria control programmes have to involve parents in order to take into account their perceptions and representations of child fever.

Key words: Child malaria, Parents perceptions and representations of child fever, care seeking behaviour, Benin.

Introduction

Le paludisme continue d'être la première préoccupation de santé dans les pays d'Afrique au sud du Sahara malgré les efforts déployés [13, 18]. Le constat, en ce qui concerne les enfants de moins de cinq ans qui sont parmi les populations les plus à risque, est le délai pris par les parents avant de recourir aux soins dans les formations sanitaires. Les cas généralement rencontrés dans les formations sanitaires sont, de ce fait, ceux du paludisme grave ayant fait l'objet de nombreuses tentatives de traitement auprès d'autres thérapeutes hors du système national de santé [3, 6]. Des études ont montré que les parents et en particulier les mères ont une réaction prompte vis-à-vis de la fièvre de l'enfant [2, 3]. Cependant, des facteurs comme le sentiment de compétence des parents (surtout les mères) vis-à-vis de la fièvre [10], la distance entre la maison et la formation sanitaire, le temps perdu à la formation sanitaire, le paiement direct des soins limitent le recours aux soins dans les formations sanitaires [3, 4, 5]. D'autres études ont montré que le recours aux thérapeutes hors du système sanitaire national est le résultat des représentations qu'ont les populations de la fièvre et du paludisme [11, 17]. Or, il est reconnu de nos jours que la prise en charge précoce et adéquate de la fièvre de l'enfant réduit considérablement l'incidence du paludisme grave [9, 12, 15, 16]. Houéto et al. [7] ont montré que le succès de ces interventions résidait non seulement dans la prise en charge précoce de la fièvre, mais aussi et surtout dans la prise en compte des perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant et la participation des parents à ces interventions. Au Bénin, la littérature ne fait cas d'aucune étude mettant en évidence les perceptions et représentations des populations à propos de la fièvre des enfants de moins de cinq ans.

La présente étude a été menée en milieu rural béninois, dans le cadre de la mise en place d'une expérience de recherche-action à base communautaire avec la participation des parents pour la lutte contre le paludisme des enfants. Elle a permis d'identifier les savoirs, les perceptions et représentations qu'ont les parents de la fièvre de l'enfant, les habitudes de prise en charge et de recours aux soins, ainsi que les facteurs qui influencent le choix des différents traitements.

Méthodes

L'étude a eu lieu à Drabo (commune d'Abomey-Calavi) au sud du Bénin où le paludisme est holoendémique. La formation sanitaire publique la plus proche de Drabo est située à moins de 500 mètres. Il existe des tradipraticiens qui vivent, entre autres, de leurs prestations dans le village. On y trouve également des vendeurs ambulants et des vendeuses à domicile de médicaments dits de rue. La population cible de l'étude est constituée des parents d'enfants de moins de cinq ans, les notables et les guérisseurs traditionnels. Le village a été choisi sur la base de l'incidence grande du paludisme et de l'absence, au moment de l'étude, d'autres projets visant à lutter contre le paludisme.

Il s'agit d'une étude qualitative faite d'entretiens individuels et de groupe, destinée à comprendre le recours aux soins en cas de fièvre chez les enfants, en lien avec les perceptions et représentations des parents. Elle s'est déroulée en avril 2005. La taille de l'échantillon des entretiens individuels approfondis est de 18 personnes choisies suivant la méthode du tri expertisé dont l'intérêt ici est de cibler les personnes potentiellement à même de fournir des informations relatives aux objectifs de l'étude du fait de leur position sociale [1]. Le nombre total des focus group (FG) était de 7, obtenu par saturation des résultats des discussions. La taille de chaque FG variait entre 8 et 10 personnes. Ils ont été constitués sur la base des critères de sexe et d'âge, comme l'ont suggéré les populations, et par tirage au sort à partir de la liste des enfants enquêtés pour les parents et les grands-parents et de l'ensemble des notables et guérisseurs du village.

Les entretiens individuels approfondis se sont déroulés au domicile des interviewés sur rendez-vous. Chaque entretien a duré en moyenne 45 minutes. Les FG ont été organisés à des endroits du village choisis par les participants. Ils ont duré en moyenne une heure et demie. Les guides d'entretien individuel approfondi et de groupe ont été pré-testés à Tokan, un village de l'arrondissement de Togba dans la commune d'Abomey-Calavi. L'équipe d'enquête est composée du chercheur principal et de deux sociologues ayant plusieurs années d'expérience dans les études communautaires.

Les informations issues des entretiens ont été regroupées par thèmes identifiés au préalable à partir d'une revue de littérature [7]. Les thèmes se rapportaient à la prévalence et aux caractéristiques de la fièvre, les causes de la fièvre, la conduite à tenir devant une fièvre, le lien entre la convulsion et la fièvre, la lutte contre la fièvre, les obstacles à la mise en pratique des conseils des professionnels de la santé et l'aptitude des individus à collaborer en tant que communauté pour lutter contre le paludisme de l'enfant.

Une autorisation pour le déroulement de la recherche a été obtenue auprès de la commission éthique du Centre Béninois de Recherche Scientifique et Technique et également auprès du Ministère de la Santé Publique. Le chef de village a approuvé le déroulement de la recherche par signature d'un formulaire de consentement éclairé.

Résultats

Les membres du village interviewés (n = 82) sont des parents d'enfants de moins de cinq ans, grands-parents, notables et guérisseurs traditionnels. Parmi eux, 18 ont été interviewés en individuel et 64 en FG (quatre FG de mères et trois de « pères »). Cinquante sept pour cent des interviewés sont du sexe masculin et 43% du sexe féminin. Leurs âges varient de 16 à 80 ans. Ils sont sur le plan professionnel des paysans (23%), ouvriers (14%), ménagère (46%), revendeuses (11%) et autres professions (6%). Leurs niveaux d'instruction sont mentionnés dans le tableau I. On note que parmi les 18 interviewés en individuel, cinq ont participé aux FG.

Tableau I : Niveau d'instruction des interviewés

Niveau d'instruction	Fréquence	%
Non scolarisée	68	83
1-3 ans primaire	3	4
Niveau primaire	7	8
Niveau secondaire I	4	5
Total	82	100

Prévalence et caractéristiques de la fièvre selon les parents

Selon les personnes interviewées, la fièvre est la plus grande menace de la santé des enfants de moins de cinq ans, puis vient loin derrière la toux. La fièvre est présente toute l'année avec des périodes d'accentuation selon les perceptions (saison sèche ou saison pluvieuse). La mère ressent la fièvre de l'enfant quand elle le met au dos ou à la bouche quand elle doit mettre l'enfant au sein. La fièvre s'accompagne de frissons et amène à rapprocher l'enfant du feu. « *La fièvre appelée paludisme par les agents de santé* », se rapprocherait de celle dite « *Houésivoh* » (le soleil). « *L'enfant ne s'amuse plus, il refuse de manger et dort sans cesse. Cette fièvre entraîne très rapidement l'anémie. Les urines sont foncées et les yeux sont parfois de couleur jaune* ». La fièvre est grave « *quand elle persiste malgré les traitements administrés à domicile, quand l'enfant ne s'amuse pas, refuse de manger, le corps est très chaud et brûlant au toucher, les urines sont très chaudes, la respiration est rapide, le ventre est chaud, l'enfant vomit.* » (FG5, jeunes mères)

Types de fièvre et leurs causes

Pour les interviewés, il y a plusieurs types de fièvre : le tableau II mentionne les causes selon les types de fièvre. « *La fièvre chez l'enfant doit faire penser ... à la sorcellerie, la poussière, au froid, à une mauvaise hygiène, une mauvaise alimentation, aux parasitoses intestinales, l'éruption dentaire, la rougeole* » (FG3, notables). La fièvre est causée également par le soleil, « *mais les agents de santé disent aux mères qu'elle est causée par les moustiques* ». « *Quand elle est de cause « naturelle », la fièvre est toujours simple* ». Quand elle s'aggrave, « *il y a la main des personnes aux deux yeux* ». Plusieurs des interviewés ont reconnu la régression des cas de fièvres chez les enfants depuis qu'une fontaine d'eau a été mise en place dans le village.

Conduite à tenir devant une fièvre

Selon les interviewés, « *il faut d'abord laver l'enfant avec une eau fraîche citronnée, donner une tisane et des médicaments à domicile* » (FG7, mères). En cas de persistance, « *on pourrait aller à l'hôpital, mais il faudra avant, aller chez le guérisseur traditionnel* » (FG1, pères). L'hôpital n'est pas nécessaire selon certains. Dans tous les cas le traitement doit être fait d'abord à domicile, « *le recours aux autres soignants vient après* » (FG2, pères). L'ordre de recours est le domicile, les voisins, le guérisseur et les centres de santé. Le choix du soignant, après les soins à domicile, dépend du type de fièvre. A ce stade, les raisons d'un recours différé aux soins modernes sont surtout le manque de moyens pour faire face aux prestations de l'hôpital. Toutefois, la décision d'amener l'enfant fiévreux vers l'une ou l'autre source de soins en dehors de la maison revient au père ou à une personne âgée de sa famille lorsque celui-ci est absent. Tant que les soins peuvent être faits à domicile, les mères ont la possibilité de prendre de l'initiative, mais en dehors de la maison, il faut la voix de « l'autorité ». A ce niveau, le père choisit souvent la solution la moins chère, « *la situation économique aidant* », précisent les interviewés (FG2). Le traitement de « *Houésivoh* » se fait par les tisanes pour d'abord éliminer la fièvre et c'est « *à froid* » qu'il faut traiter la parasitose intestinale, qui en est une cause sous-jacente habituelle, de peur de compliquer la fièvre. « *Un déparasitage régulier avec l'entretien de l'enfant (donner à l'enfant la tisane chaque matin avant toute alimentation) permettent de l'éviter.* » (FG4, mères)

Convulsion et fièvre

La convulsion est nommée « *kpadjinou* ». Pour certains, c'est la conséquence d'une fièvre négligée. Pour d'autres, les « *personnes qui aident* » ou « *personnes aux deux yeux* » sont souvent à la base. La fièvre est simplement une porte d'entrée pour ces malfaiteurs. Pour l'éviter, l'unanimité est faite sur une hygiène correcte et une alimentation adéquate et faire les traitements modernes et traditionnels quand l'enfant a de la fièvre.

Lutte contre la fièvre

De façon pratique, les populations enquêtées proposent pour arriver à bout de la fièvre de : - mettre en place une collaboration entre les soignants modernes et traditionnels, les uns et les autres reconnaissant leurs limites ; - donner la possibilité aux ménages de mieux faire les premiers soins à domicile ; - former des agents villageois, identifiés par la population elle-même, à l'administration des premiers soins afin de réduire les frais de santé ; - instituer un système de pré-paiement des soins devant favoriser la prise en charge de la fièvre de l'enfant sans un défraiement direct des coûts, et ; - faciliter l'amélioration des revenus des mères afin qu'elles aient la possibilité de se rendre aux soins même en présence des pères.

Obstacles à la mise en pratique des conseils des agents de santé

Selon les interviewés, les obstacles à la mise en pratique des conseils des soignants sont la non-instruction des parents, la pauvreté et un trop grand nombre d'enfants pour un même ménage. Par ailleurs, « *les soignants modernes disent ce qu'il faut faire, sans tenir compte de nos moyens et des réalités locales* » (FG1, pères). Un exemple en est l'utilisation des moustiquaires imprégnées (MI) : « *Les conditions de vie, de chaleur trop fréquente, ne facilitent pas l'usage*

régulier des MI, mais les agents de santé ne semblent guère préoccupés par ces facteurs dans leurs messages de promotion de l'utilisation des MI ».

Tableau II : Les différentes fièvres, leurs causes et les attitudes thérapeutiques selon les interviewés

Types de fièvres	Causes	Attitudes thérapeutiques
Fièvre simple ou naturelle	Une réaction de l'organisme à la fatigue, à un surmenage physique, c'est une fièvre naturelle	Du paracétamol suffit pour la guérir, car ne se complique jamais. Ou le bain d'eau mélangée au citron. Aller à l'hôpital si elle persiste, car naturelle.
Fièvre persistante ou sournoise	Les sorciers	Les guérisseurs et les anciens seuls peuvent la traiter.
Fièvre avec boutons et anémie	Le sol (C'est le mot pour désigner la rougeole qui ne doit jamais être nommée de peur de l'attirer sur soi et sa famille)	Ne dois jamais être amenée à l'hôpital. L'injection et les soins modernes en général constituent son totem.
Fièvre avec révulsion oculaire/coma ou anémie sévère en quelques jours	Causée par les « personnes aux deux yeux » (les sorciers)	Donner de l'huile de foi de Morue à boire à la victime et oindre aussi son corps avec. Voir les guérisseurs traditionnels ou les anciens, le traitement ne peut être révélé.
Fièvre des autres maladies	Toux, Vomissements, Maux de tête, Rhume, Diarrhées, Courbature, Infections, etc.	Traitement selon les cas, mais à domicile, car l'hôpital coûte cher. Les agents de santé accueillent mal, ne soignent pas sans argent. Hôpital s'il n'y avait pas ces contraintes.
Fièvre du ventre « sale »	Le ventre est « sale » désigne une flatulence ou la présence de parasites intestinaux. S'accompagne souvent d'une constipation.	La tisane et/ou le déparasitage suffit. La tisane ici est à un but laxatif. En l'absence d'amélioration, donner de l'huile de foi de Morue. Si la tisane et le déparasitage ne permettent pas de la calmer, alors il s'agit d'une autre cause.
Fièvre de la poussée dentaire	Poussée dentaire	N'a pas besoin d'aller à l'hôpital, donner de la tisane
Fièvre due au soleil	Exposition au soleil. Est appelée Paludisme par les professionnels de la santé	Il y a de la tisane pour éliminer le soleil du sang
Fièvre liée au froid	Causée par le froid. La période de prédilection est la saison des pluies.	Il n'y a pas un recours nécessaire à l'hôpital. Protéger l'enfant et il recouvre sa santé. Il faut toujours protéger les enfants en période de pluie de peur que « le vent les vole ».
Fièvre « alimentation »	Causée par une mauvaise alimentation, une mauvaise hygiène du corps ou de l'eau	Donner de la tisane et veiller à donner une alimentation saine, contrôler l'hygiène du corps et l'eau de boisson
Fièvre paludisme	Causée par les moustiques disent les agents de santé. Diagnostic d'élimination qui vient à l'idée de plus en plus à cause des interventions des professionnels de la santé.	Il faut aller à l'hôpital après avoir donné les tisanes contre l'exposition au soleil.
Autres	Dont on ne connaît pas la cause	Voir les anciens. Demander l'avis des professionnels de la santé avant d'aller chez le guérisseur traditionnel

Aptitude à collaborer en tant que communauté

En ce qui concerne, la disposition des uns et des autres à collaborer pour trouver ensemble les solutions pour la lutte contre le paludisme dans le village, la majorité (14/18) des interviewés pensent pouvoir travailler avec les autres. Cependant, il faut selon eux un « déclencheur », par exemple un étranger qui connaît leur culture et qui faciliterait le démarrage de la collaboration. Pour les autres (4/18), l'individualisme s'est installé et le sous-emploi amène des gens à être jaloux les uns des autres. Collaborer ne serait possible qu'entre des personnes de la même génération.

Discussion

Notre méthode d'échantillonnage peut comporter un biais de sélection, car le point de vue des « experts » du village ne reflète pas nécessairement celui de l'ensemble. Cependant, la concordance entre les informations des focus group et les entretiens individuels par triangulation est de nature à les confirmer sans pour autant donner lieu à leur généralisation.

La fièvre de l'enfant a plusieurs interprétations pour les populations, comme nous le montre le tableau II. Quand bien même les populations savent que la fièvre cache une diversité de causes, elles n'en ont pas toujours une idée aussi structurée que celle biomédicale. Certaines des causes évoquées (la sorcellerie, par exemple) ne sont guère considérées par la médecine moderne. Des aspects de connaissance des populations méritent cependant l'attention des

professionnels de la santé. Le constat selon lequel la prévalence de la fièvre des enfants a baissé depuis la mise en place de l'eau de la fontaine est une piste à exploiter pour des actions d'« éducation pour la santé ». La prise en compte de cette perception accroîtrait l'adhésion de la population aux mesures qui seront prises dans ce cadre [7].

La fièvre et les autres signes qui surviennent dans l'évolution du paludisme sont mal connus. Il n'y a pas toujours un lien qui est fait entre les complications du paludisme et la fièvre qui constitue le principal signe. Les termes locaux désignant cette forme de fièvre se rapportent à des causes détournées qui n'ont aucun rapport avec le paludisme. Cette perception amène même certains à douter du rôle du moustique dans la genèse du paludisme : « les agents de santé enseignent aux mères que c'est le moustique qui transmet cette forme de fièvre ». Les populations sont ainsi conditionnées par cette perception sur laquelle elles fondent leurs pratiques de recours aux soins.

Facteurs influençant le recours aux soins dans le village d'étude

L'étude montre que les facteurs influençant le recours aux soins dans le village d'étude sont liés aux perceptions et représentations. La perception de la fièvre est telle que le recours à l'hôpital n'est pas nécessaire selon la plupart des interviewés. Une maladie fréquente est une maladie connue et implique une tendance à l'automédication. Les maladies « induites par l'homme » ne peuvent pas aller à l'hôpital, seules les « maladies de Dieu » ou « maladies naturelles » peuvent aller à l'hôpital [2]. On n'a recours aux soins modernes que quand les autres niveaux (domicile, voisins, guérisseurs) ont échoué. Ce qui va induire un autre facteur compliquant le recours aux formations sanitaires : le décès fréquent des cas amenés à l'hôpital, à cause de l'état souvent avancé des complications de la fièvre.

Des facteurs sociaux influencent également le recours aux soins. Il s'agit essentiellement de la pression sociale devant la convulsion et qui amène à recourir immédiatement à une personne âgée de la famille ou à un guérisseur. Cette pression sociale n'existe pas dans le cas de la fièvre simple. Si même elle existait, elle ne pourrait probablement amener que vers une autre source de soins que celle moderne [2, 8].

Le système de soins lui-même peut être un obstacle au recours aux soins. En effet, le centre de santé d'arrondissement ne peut gérer que les cas simples de paludisme, avec les mêmes médicaments que ceux disponibles en vente illicite. Du fait de l'automédication pratiquée par les populations, elles ont l'impression de ne rien gagner en se faisant prescrire ces mêmes médicaments dans les formations sanitaires. Quand elles s'y rendent, alors que c'est déjà la phase de complications, elles sont référées vers un centre de compétence supérieure. Cette procédure, et l'échec probable dans ce dernier centre, à cause de la gravité de la maladie, viennent renforcer la perception négative des populations vis-à-vis des services de santé et rendent le recours aux soins modernes très difficile.

Enfin, des facteurs économiques conditionnent le recours aux soins. La décision de recourir au soin en dehors de la maison et des proches revient au père. Ce dernier prend sa décision en fonction de son pouvoir d'achat qui est souvent de ne pas recourir au centre de santé avec son enfant malade. Les soins modernes sont perçus comme chers et les populations nourrissent un sentiment de mépris vis-à-vis de l'obligation de payer avant de bénéficier des soins. L'insistance du personnel est perçue comme une discourtoisie. Ce climat social d'un « manque de courtoisie », peu apprécié de la part des populations vient renforcer le comportement de non-recours aux soins modernes [2].

Comme l'ont signalé Jones et Williams [8] et Barholere-Kulimushi [2], il n'y a donc pas que le constat de la maladie qui suffit pour provoquer le recours aux soins en Afrique subsaharienne.

Pistes de collaboration avec la communauté pour la lutte contre le paludisme de l'enfant

Notre étude montre donc que la façon dont les populations enquêtées perçoivent la fièvre et le paludisme est différente de la conception biomédicale. Il nous semble dès lors important que les professionnels de la santé reconnaissent aux populations victimes du paludisme un certain « pouvoir » dans la planification des stratégies de lutte contre cette maladie. En cela, il faut souligner l'importance de la stratégie de « traitement domiciliaire précoce » qui mérite cependant des ajustements [7].

Nous basant sur les représentations et perceptions des populations, le taux d'analphabétisme très élevé des mères, la notion de « déclencheur » évoquée, la lutte contre le paludisme devrait pouvoir compter sur la participation effective des populations. Cette participation pourrait se faire essentiellement à trois niveaux et de manière simultanée [14].

a) Le développement des connaissances et des aptitudes.

Il suppose un dialogue avec la communauté amenant à échanger sur les différentes perceptions et représentations qu'elle a de la fièvre. Il s'agit d'un moment d'apprentissage, tant pour les

communautés que pour les professionnels de la santé, que de simples séances d'« éducation pour la santé », de mobilisation sociale ou de communication pour le changement de comportement comme c'est traditionnellement le cas. L'intégration de ces perceptions et représentations aiderait à mieux orienter les informations à apporter à la communauté.

b) La création d'environnements favorables.

Lutter contre le paludisme dans un contexte comme celui de la présente étude sans tenir compte de la question d'autorité du père et de la dépendance financière de la femme est certainement un facteur important d'échec. La prise en compte de cette préoccupation pourrait prendre la forme de la scolarisation systématique des filles et d'alphabétisation des mères aussi bien que l'amélioration des revenus de ces dernières. Un autre aspect d'environnement favorable pourrait être d'accepter une automédication éclairée suivant des conditions spécifiques aux contextes, surtout pour une maladie évoluant très rapidement vers des complications en absence de traitement adéquat. Ceci suppose la collaboration avec plusieurs autres secteurs internes et externes à la santé, d'où la nécessité du plaidoyer.

c) L'«advocacy» (le plaidoyer)

Le plaidoyer, souvent désigné sous son expression anglaise d'advocacy, qu'on pourrait identifier au « déclencheur » selon le propos des populations enquêtées, a une place importante. Il permettra de négocier avec les populations ainsi que tous les partenaires potentiels, les meilleures conditions à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant dans lesquels les uns et les autres se sentent véritablement concernés.

Conclusion

La fièvre de l'enfant est bien une préoccupation des populations enquêtées. L'itinéraire de la prise en charge de la fièvre est fortement empreint des perceptions et représentations qu'ont les parents de la fièvre de l'enfant et ces complications. Ainsi, ne sont amenés aux centres de santé par les parents que les cas de fièvre en phase de complication et en fin d'itinéraire thérapeutique. Dans la prise de décision du recours aux soins par les parents, plusieurs autres facteurs sont en cause, tels que la pression sociale, la culture, le pouvoir d'achat, le statut de la femme, etc. Ceci nous amène à conclure que la gestion de la fièvre de l'enfant nécessite une collaboration entre les parents et d'autres secteurs tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système sanitaire.

Références

1. Angers M. Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines (2e édition). Anjou : les Editions CEC inc., 1996.
2. Barholere-Kulimushi V. « Promotion de la santé, itinéraires thérapeutiques et « marché de la santé » au Sud-Kivu. Pratiques locales, enjeux et perspectives ». Mémoire RESO-EDUS, ESP/UCL, Bruxelles, 1999.
3. Baume C, Helitzer D, Kachur PS. Patterns of care for childhood malaria in Zambia. Soc Sci Med 2000; 51 : 1491-1503.
4. Deressa W, Ali A, Enqusellassie F. Self-treatment of malaria in rural communities, Butajira, southern Ethiopia. Bull World Health Organ 2003; 81(4) : 261-268.
5. Diallo MS. Connaissance, attitudes et pratiques des mères face au recours précoce aux soins des enfants fébriles de 0 à 5 ans dans la sous-préfecture d'Abomey-Calavi. Mémoire n°94/IRSP/96, Institut Régional de Santé Publique (IRSP), Cotonou, 1996.
6. Greenwood B. Morbidité et mortalité paludéennes en Afrique. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 2000; n°2 : 1-2.
7. Houéto DS, D'Hoore W, Ouendo EM, Charlier D, Deccache A. La lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans : rôle de l'empowerment et de la participation des parents à côté des stratégies cliniques. Soumis pour publication.
8. Jones COH, Williams HA. The social burden of malaria: what are we measuring? Am J Trop Med Hyg 2004; 71(Suppl 2) : 156-161.
9. Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomized trial. Lancet 2000; 356(9229) : 550-555.
10. Kofoed PE, Rodrigues A, Cô F, Hedegaard K, Rombo L, Aaby P. Which children come to the health centre for treatment of malaria? Acta Trop 2004; 90 : 17-22.
11. Lubanga RGN, Norman S, Ewbank D, Karamangi C. Maternal diagnosis and treatment of children's fever in an endemic malaria zone of Uganda: implementations for the Malaria Control Program. Acta Trop 1997; 68 : 53-64.

12. Marsh VM, Mutemi WM, Willetts A et al. Improving malaria home treatment by training drug retailers in rural Kenya. *Trop Med Int Health* 2004; 9 : 451-460.
13. Mwenesi H. Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: An overview. *Acta Trop* 2005; 95 : 292-297.
14. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine. OMS, Brazzaville, 2002.
15. Sanou I, Paré J, Traoré S et al. Formes cliniques du paludisme grave en milieu hospitalier pédiatrique de Ouagadougou. *Cahier Santé* 1997; 7 : 13-17.
16. Sirima SB, Konate A, Tiono AB, Convelbo N, Cousens S, Pagnoni F. Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Trop Med Int Health* 2003; 8(2) :133-139.
17. Tarimo DS, Urassa DP, Msamanga GI. Caretakers' perceptions of clinical manifestations of childhood Malaria in holo-endemic rural communities in Tanzania. *East Afr Med J* 1998; 75 : 93.
18. Traoré FN. Rolling back malaria: opportunities and challenges. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2005; 99 : 403-406.

6.2. Article 5 : Perceptions de la participation des parents par les professionnels de la santé à la lutte contre le paludisme de l'enfant au Bénin

Perceptions of parents' participation by health professionals in child malaria control in Benin.

Résumé

L'objectif de cette étude était de recueillir, au Bénin (Afrique de l'Ouest), l'appréciation des professionnels de santé sur la participation des parents à la lutte contre le paludisme de l'enfant, notamment concernant la prise en charge de la fièvre. Selon les enquêtés, la participation communautaire dans la lutte contre le paludisme en général, et celui de l'enfant en particulier, est indispensable à cause des conditions qui entourent cette maladie. Cette participation n'est pas celle pratiquée actuellement au sein du système sanitaire national. Ce dernier aurait besoin d'une profonde réforme afin de contribuer à une implication réelle des populations dans la planification des programmes de santé en général. Les solutions proposées ont été analysées à la lumière du concept de « promotion de la santé ». La participation des parents intégrant leurs perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant n'est pas encore une réalité au Bénin. Les enquêtés souhaitent avoir les compétences requises pour contribuer à sa mise en place afin que s'amorce le déclin du paludisme.

Mots-clés : Paludisme de l'enfant, participation communautaire, perceptions des professionnels de la santé.

Abstract

The aim of this study was to explore, in Benin (West Africa), the perceptions of health professionals on parents' participation in the fight against child malaria. The findings indicate that community participation in Malaria control in general and children in particular is essential due to the contributory factors surrounding the disease. This form of participation is different from the one practiced with the National Health system. There is need for a profound reform in the health care program planning so as to contribute to the improvement of the population's participation. Proposed recommendations were analysed in regards to the concept of "health promotion". Parents' participation, integrating their perceptions and representations of child fever is not a reality in Benin; the study revealed that the study participants require skills to enable them contributing to the fight against malaria.

Key words: child malaria, community participation, health professionals' perceptions

Introduction

L'une des stratégies de lutte contre le paludisme de l'enfant promue ces dernières années est le traitement domiciliaire précoce, conférant aux parents le pouvoir de traiter adéquatement et à temps les cas de fièvre de ceux-ci. Cette stratégie implique pour les professionnels de la santé (PS) une collaboration beaucoup plus étroite avec les communautés, ces dernières devant jouer un certain nombre de rôles traditionnellement réservés aux professionnels [22, 24]. Plusieurs études concordent pour reconnaître l'importance de cette collaboration avec les communautés, ainsi que celle d'autres secteurs, dans la lutte contre le paludisme de l'enfant [4, 13, 21, 23]. Selon Jones et Williams [13], les formes actuelles de participation communautaire à la lutte contre le paludisme maintiennent toujours le pouvoir entre les mains des PS. Au moment où se fait le constat de la persistance du paludisme malgré les efforts déployés [1, 5, 14, 17], nous nous sommes intéressés à connaître les perceptions des PS sur les raisons de cette persistance et, en particulier, sur la place de la communauté dans les propositions éventuelles pour son amélioration.

Notre étude se situe dans le cadre d'une expérience de participation communautaire (PC) à la prise en charge du paludisme de l'enfant de moins de cinq ans qui a lieu dans une zone endémique du paludisme au sud du Bénin [9]. La notion de PC appropriative confère un rôle d'accompagnateur et de conseiller aux PS [20]. Dans l'expérience initiée au Bénin [9], le pouvoir est véritablement laissé entre les mains des communautés pour l'identification des problèmes prioritaires et les solutions appropriées, selon eux, auxquels il faudra s'attaquer pour résoudre la problématique de la fièvre de l'enfant dans leur milieu. Cette expérience nécessitant la collaboration des PS de la zone d'intervention [9], nous avons voulu connaître leurs points de vue afin d'en tenir compte dans les conseils à apporter à la communauté en ce qui concerne leur mise en relation avec les PS ainsi que les apports en renforcement de capacité nécessaires pour permettre à ces derniers de jouer leur rôle aux côtés de la communauté d'étude.

Cadre et méthode d'étude

L'étude a eu lieu dans le département de l'Atlantique, situé au sud du Bénin, en zone de forte endémicité palustre de l'Afrique de l'Ouest. Des entretiens approfondis avec les PS exerçant dans le département et au

ministère de la santé ont été réalisés. Nous avons inclus dans l'échantillon les professionnels selon la procédure du tri expertisé avec saturation [2], les critères de sélection étant la fonction du professionnel et son lieu d'exercice qui devait se situer dans le département où a lieu l'expérience de PC à la lutte contre le paludisme de l'enfant [9]. Nous avons procédé à un entretien approfondi avec au moins un responsable à chaque niveau du système sanitaire depuis le sommet de la hiérarchie jusqu'à la périphérie. Au niveau périphérique, les centres concernés sont ceux des deux communes impliquées dans l'expérience en question. Il s'agit des communes d'Abomey-Calavi et de So-Ava, toutes deux constituant le district sanitaire Abomey-Calavi/So-Ava. Les entretiens ont eu lieu sur rendez-vous au bureau de chaque enquêté. Ils se sont déroulées du 15 mars au 12 mai 2005. La transcription des réponses aux questions a été faite au fur et à mesure de l'entretien. Chaque entretien a duré entre 45 minutes et une heure 20 minutes. Le guide d'entretien a été testé dans le département de l'Ouémé, voisin de celui de l'Atlantique, en février 2005.

L'analyse des données recueillies a été faite sur la base de regroupement de thèmes identifiés au préalable à l'occasion d'une revue de littérature [10] et qui sont essentiellement les perceptions et représentations des PS relatives au paludisme de l'enfant et sa prise en charge. Par perceptions nous entendons, les représentations conscientes à partir du vécu des PS en matière du paludisme en général et celui de l'enfant en particulier [12]. Les thèmes abordés concernaient la prévalence du paludisme et les causes de persistance ; la connaissance des pratiques des parents dans les communautés et les obstacles à la mise en pratique par les parents des conseils des PS ; le rôle perçu par les PS et que pourraient jouer les parents dans l'organisation de la lutte contre le paludisme de l'enfant ; l'aptitude des individus à collaborer en tant que communauté pour lutter contre le paludisme de l'enfant ; les solutions à envisager selon les PS ainsi que leurs rôles dans l'amélioration des stratégies de lutte contre le paludisme de l'enfant et l'état actuel de la gestion des interventions. L'étude a reçu l'autorisation du centre béninois de recherche scientifique et technique (CBRST) et du ministère de la santé (MS) du Bénin.

Résultats

Caractéristiques des enquêtés

Au total, 14 professionnels ont été interrogés, 6 hommes et 8 femmes, dont cinq paramédicaux et neuf médecins. Ils sont situés à tous les niveaux de la pyramide du système sanitaire : trois au niveau communautaire, trois au niveau intermédiaire, trois au niveau régional, deux au niveau départemental et trois au niveau national. Les années de service varient de 3 à 31 ans.

Aspects épidémiologiques de la région, selon les enquêtés

Le paludisme est la plus grande préoccupation de tous les enquêtés. Viennent ensuite les diarrhées et les infections respiratoires aiguës. Pour tous les participants à l'étude, le paludisme représente le principal motif de consultation et d'hospitalisation. Ses complications sont plus inquiétantes et font l'objet de dépenses considérables pour les ménages. Tous reconnaissent que les cas de fièvre d'enfants rencontrés dans les formations sanitaires constituent une petite portion de la situation réelle dans les communautés. Les périodes de grande prévalence coïncident avec celles des pluies, le tout s'accompagnant d'une prévalence plus grande des cas d'anémie créant un important état de stress chez les PS exerçant dans les formations sanitaires.

Perceptions et représentations de la situation du paludisme de l'enfant par les PS

De la prévalence du paludisme et ses causes selon les PS.

Si la tendance de la prévalence du paludisme est à la hausse, certains enquêtés (3/14) émettent l'hypothèse que c'est à cause des recours qui se font, plus que par le passé, vers les centres de santé. Toutefois, tous pensent que les stratégies actuelles de lutte contre le paludisme méritent d'être revues dans le but de réduire sensiblement la morbidité et la mortalité surtout dans la population des enfants de moins de cinq ans. Il y a selon certains (6/14), l'inadéquation de certaines interventions comme celles des moustiquaires imprégnées (MI) qui ne répondent pas à la culture de certaines régions. Ils citent en exemple la culture selon laquelle dormir sous moustiquaire est un acte de protection de l'intimité des adultes et partant, la MI ne pourrait être autorisée à l'enfant, de peur de conduire ce dernier à la dépravation. D'autres voient en ces MI (de couleur blanche surtout) l'image du linceul. En général, les enquêtés sont tous d'accord pour reconnaître que les communautés ne bénéficient pas vraiment des programmes qui sont mis en œuvre. Pour certains (9/14), comme l'enquêté n°2, « *les ressources parviennent au niveau opérationnel au moment où les programmes tirent à leur fin et sont essentiellement consommées par le système de gestion* ». Le souhait serait, selon eux, de trouver une autre formule pour les programmes de lutte contre le paludisme au

lieu de l'actuelle, verticale qui implique peu ou pas les véritables acteurs concernés. Le plus grand handicap au succès des programmes actuels serait ainsi le système administratif, selon la majorité des enquêtés (9/14).

Des pratiques des parents vues par les PS.

Du point de vue des pratiques des parents vis-à-vis de la fièvre de l'enfant, les enquêtés dénoncent tous, certaines pratiques qui ne facilitent pas l'atteinte des objectifs des programmes, parmi lesquelles : l'automédication systématique devant les cas de fièvre ; l'utilisation inadéquate des MI qui ne sont souvent pas ré-imprégnées ; le recours aux centres de santé uniquement en cas de complications de la fièvre. Ces pratiques sont enracinées dans la culture locale et diffèrent d'une région du pays à une autre, selon l'ensemble des enquêtés. Certains enquêtés (6/14) soutiennent que la persistance de ces pratiques est la conséquence de la perception des PS du concept de santé qui les amène à déterminer les stratégies d'intervention de lutte contre la maladie sans la collaboration des populations. L'enquête n°6 signale que « *la situation de la persistance du paludisme appelle à une réflexion à propos de la façon traditionnelle d'élaborer et de mettre en œuvre les programmes.* » Car si les populations ne mettent pas en pratique les instructions des professionnels, c'est « *certainement parce qu'il y a des aspects qui leur sont sensibles et qui ne sont pas pris en considération.* », rappelle l'enquête n°10. Parmi les aspects qui mériteraient d'être pris en compte dans l'élaboration des interventions de lutte contre le paludisme de l'enfant, la plupart des enquêtés (12/14) ont mentionné les facteurs économiques, les croyances, les perceptions de la fièvre de l'enfant. Le langage « académique » des PS et le manque d'implication des populations afin de savoir prendre en compte ces facteurs sus-mentionnés, sont également évoqués par trois enquêtés sur les 14.

Solutions à envisager selon les PS

Les éléments à prendre en compte pour l'amélioration des stratégies selon les enquêtés peuvent être classés en 5 catégories : 1. *La concertation permanente avec les communautés* pour comprendre les raisons de leurs comportements et la prise en compte de leurs besoins réels dans l'élaboration des interventions (ex. : moyens financiers, taux élevé de fécondité des ménages) (8/14) ; 2. *Le partenariat intra et intersectoriel* par l'implication de tous les secteurs potentiels devant être concernés par le paludisme de l'enfant (6/14) ; 3. *L'action politique* : exemple de la décentralisation des programmes afin de se rapprocher plus des populations dans l'élaboration des interventions (11/14) ; 4. *La réorientation du système de santé* par la formation des professionnels à une nouvelle pratique de santé qui laisse de côté la routine et amoindrie le poids de l'administration dans la gestion des programmes (9/14) ; et 5. *Autres* : la sensibilisation des parents à amener les enfants aux centres de santé en cas de fièvre, la destruction des gîtes des moustiques, etc. (4/14).

Rôles des PS dans l'amélioration des stratégies de lutte contre le paludisme de l'enfant

Selon les enquêtés, les professionnels ont un rôle important, notamment le changement de la manière de concevoir les programmes, en adoptant la concertation avec les populations, au lieu de la façon traditionnelle, verticale de l'élaboration des interventions (11/14) ; la modification du rôle des professionnels qui devrait plutôt être celui d'appui technique aux côtés des populations (8/14) : « *un conseiller technique et non un leader* », signale l'Enquête n°7 ; le renforcement de la prise en charge curative et de la communication pour le changement de comportement (CCC) (3/14). Pour que les professionnels jouent pleinement ces rôles, les enquêtés ont énuméré comme aspects indispensables, les ressources humaines formées à la nouvelle orientation (13/14) et l'implication des populations à l'élaboration des programmes de lutte (13/14).

Place de la communauté dans l'amélioration des stratégies de lutte contre le paludisme de l'enfant

Quant à la place de la communauté dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme, la majorité des enquêtés (11/14) déclarent, comme l'enquête n°9, que « *sans la communauté il est impossible de toucher du doigt les réalités de la maladie* ». Selon l'enquête n°7, « *La communauté connaît mieux ce qu'elle vit et pourrait mieux orienter les stratégies, en collaboration avec les techniciens que sont les PS* ». Un enquêté sur les 14 a déclaré que la communauté n'a aucun autre rôle que d'obéir aux prescriptions des PS, car « *la communauté ne connaît pas la maladie comme cela se doit* » (enquête n°11). Les enquêtés entrevoient trois formes possibles de collaboration, s'agissant de l'implication des communautés dans la lutte contre le paludisme de l'enfant : premièrement, les impliquer systématiquement dans l'élaboration des programmes par la négociation des différents aspects à mettre en place (7/14) ; deuxièmement, leur communiquer l'information à propos des programmes et discuter avec

elles des stratégies de mise en œuvre (4/14) ; troisièmement, instaurer une taxe au niveau communal payable par les ménages ou la mise en place d'une micro-assurance santé locale qui aiderait à mieux répondre aux problèmes que pose la prise en charge du paludisme (3/14).

La réussite de cette collaboration entre communautés et PS nécessiterait, selon les enquêtés, trois types d'action qui relèvent selon eux du niveau politique : la révision de la forme de gestion des programmes de santé (6/14) : « *Décentraliser la programmation des activités afin de permettre à chaque région de travailler avec beaucoup d'imagination selon les caractéristiques de son milieu... la formation en qualité et en quantité du personnel soignant en mettant l'accent sur les aspects communautaires... impliquer également les autres secteurs comme l'éducation, les affaires sociales, etc.* » (enquête n°13) ; la mise en place de dispositifs allégeant les coûts des soins aux populations (4/14) ; enfin, la promotion des mesures de protection contre la piqure des moustiques (4/14).

Actions à privilégier selon les PS

Parlant des actions à privilégier, les enquêtés ont signalé l'importance de la place qui devrait revenir à la collaboration avec les communautés et les autres secteurs (7/14) : « *c'est bien entendu la stratégie communautaire, réglant les problèmes de façon intégrée et non les caresser comme c'est le cas actuellement. Cette stratégie devrait, ... prendre en compte l'instruction ou l'alphabétisation des communautés, l'amélioration du niveau de vie et de l'habitat... On devrait impliquer d'autres ministères... afin de prendre en compte, dans la lutte, les autres facteurs pour lesquelles nous ne sommes pas compétents.* » (enquête n°7) ; Les enquêtés signalent également qu'il est important de considérer les conditions financières des populations (5/14) et l'assainissement du milieu (2/14).

Etat actuel de la gestion des interventions, vu par les PS

Selon l'ensemble des enquêtés, cette pratique communautaire et intersectorielle qui composerait systématiquement avec la communauté partenaire et les secteurs potentiellement concernés pour l'élaboration des programmes de lutte contre le paludisme n'est pas encore mise en œuvre dans l'état actuel du système sanitaire national. L'enquête n°5 signale que « *...tout le programme est conçu du haut et même la formation des agents de terrain est faite par ceux du haut... il n'y a pas la volonté politique... ce n'est pas la priorité de ceux qui financent les programmes non plus, car nous n'avons pas les mains libres* ». Les difficultés à la mise en œuvre d'une stratégie telle que proposée se situeraient, selon les enquêtés, à plusieurs niveaux et par ordre d'importance. D'abord, le *niveau politique et administratif* pour l'orientation du système de santé. Il comprend les aspects conceptuel et opérationnel (12/14) : « *les difficultés se situent au niveau des PS, ... la centralisation de la gestion, le manque de maîtrise des principes d'implication des communautés...* » (enquête n°12) ; puis la *pression des partenaires* (10/14) : « *Il ne faut pas oublier les difficultés liées aux partenaires qui ont une vision étroite et n'acceptent de financer que des aspects trop pointus, ce qui ne facilite pas l'intégration des activités* » (Enquête n°14) ; ensuite, l'*insuffisance des moyens* (7/14) ; et enfin, le *niveau communautaire* (2/14) : les croyances, les mentalités et la pauvreté.

Discussion

Notre étude n'a impliqué qu'un département du Bénin et surtout une petite portion des PS. Il faut par conséquent considérer avec une certaine prudence les déclarations de nos enquêtés, étant donné la sélection non aléatoire et cette taille restreinte de l'échantillon. Bien qu'il soit nécessaire de s'assurer, au travers d'études complémentaires, de l'importance d'une telle tendance dans la profession et sur l'ensemble du territoire, les positions des enquêtés correspondent à celles suggérées par plusieurs auteurs sur la problématique du paludisme [1, 3, 4, 11, 13].

Les PS interrogés affichent une certaine insatisfaction de l'évolution actuelle de la prévalence du paludisme. Ils reconnaissent la nécessité de revoir les stratégies jusque là utilisées et perçoivent la participation des parents dans la lutte contre le paludisme de l'enfant comme indispensable dans une stratégie qui conduit au succès. Nous discuterons de ces perceptions des PS en ce qui concerne la connaissance de la situation du paludisme et de l'importance de la PC telle que perçue par eux ; la place de la communauté dans la lutte contre le paludisme à travers les solutions proposées et enfin, les conditions de mise en œuvre d'une collaboration effective avec les communautés selon les perceptions des PS.

Lutte contre le paludisme et PC

Les réponses des participants à l'étude révèlent une certaine conscience de la situation actuelle d'inefficacité des stratégies pour la lutte contre le paludisme en général. Ce constat empirique est conforme aux différents résultats des études menées dans ce sens [1, 5, 14, 16, 24]. Les PS enquêtés ont également une certaine connaissance de la PC et ont le désir de changer de pratiques dans ce sens, contrairement aux résultats obtenus par Freyens et al. [8] au Rwanda et publiés en 1993. Ces auteurs rapportent que les PS interrogés « *éprouvaient une certaine réticence à accepter l'idée d'une participation des profanes à la promotion et à l'exécution des programmes de soins primaires* ». Toutefois dans notre étude, cette PC que les PS semblent utiliser n'est pas celle qui donnerait véritablement des résultats de changement de comportement chez les populations partenaires selon Raeburn et Corbett [20], car il persiste dans les propos des enquêtés l'idée du pouvoir qui ne change pas de camp. En effet, la PC telle que le préconise le concept de « Promotion de la santé » est celle comprise sous le sens du développement communautaire et qui comporte trois aspects : a) *le contrôle communautaire* où le "pouvoir" est clairement entre les mains de la communauté ; b) *la "construction" de la communauté* à travers le développement de la cohésion sociale, le soutien mutuel, le "résautage", la conscience critique, la coopération, et tout autre aspect en lien avec le bien-être de la communauté. Elle conduit à l'empowerment communautaire ; c) *le développement des connaissances et aptitudes communautaires ou encore l'empowerment*, à travers la participation communautaire intégrant des échanges de connaissances, la communication se traduisant par une circulation large, libre et efficace de l'information générale et l'accès à l'information requise pour réussir des projets spécifiques de l'intervention en cause. Ce développement des connaissances vise également le capital communautaire qui se réfère à la conscience de la citoyenneté possédée par chacun de ses membres qui assure l'entraide sur le plan individuel et qui permet l'action sur des questions sociétales plus larges. Il exige du PS la confiance en la communauté, la valorisation de ses visions des choses, lui donner la possibilité d'influencer la politique de l'intervention, savoir "voir" les résultats de ses efforts, etc. [18, 20]. Ne pas collaborer avec les communautés avec la reconnaissance de leur « expertise » afin de les mettre véritablement autour d'une même table que les PS dès l'élaboration des programmes, risque de leur laisser l'impression d'une passivité et en conséquence une absence d'adhésion aux propositions des PS [20]. Or, des entretiens de cette étude, il ressort une conscience affichée du manque d'expertise allant dans le sens d'une telle collaboration avec les communautés, comme l'ont également rapporté d'autres auteurs [3, 4, 6].

Pour les causes énumérées étant à la base de la persistance du paludisme, elles correspondent à plusieurs aspects évoqués par la littérature [3, 5, 6, 21, 23], montrant que les enquêtés dans cette étude ont une certaine tendance à l'ouverture et à l'autocritique. Ils pensent que la cause de l'échec de la lutte contre le paludisme leur incombe davantage. Notre échantillon prenant en compte toute la pyramide sanitaire, on peut se demander à quel niveau se situe le goulot d'étranglement en ce qui concerne la réorientation de la politique de lutte contre le paludisme. Selon les enquêtés, l'obstacle se situe au niveau de la décision politique. Cet aspect est bien connu et discuté en « Promotion de la santé » [19]. Pour Moodie [15], un des aspects fondamentaux à la base de la réussite des interventions dans les populations, est l'élaboration de politiques, de législations et de régulations claires. Une telle action incombe au pouvoir politique et suppose tout de même un aspect de plaidoyer de la part des PS, maîtrisant le processus de la notion de PC dans le cas d'espèce. Il apparaît ainsi un cercle vicieux qui reste à briser afin d'engager ce processus de réorientation effective des programmes actuels de lutte contre le paludisme. En cela, il nous semble important de considérer les solutions proposées par les PS quant à la place de la communauté dans la lutte contre le paludisme de l'enfant.

L'amélioration de la participation de la communauté à travers les solutions proposées

La formation des acteurs au processus de PC souhaitée par la majorité (13/14) des enquêtés nous semble d'une importance primordiale. Ceci se justifie, entre autres, par les différentes formes de collaboration qu'ils ont proposées et qui correspondent très peu à la PC selon que nous l'avons définie plus haut. Cette forme de participation qui est en d'autres termes l'empowerment des communautés [20], sera effectivement aisée si les professionnels sont formés et à même de prendre en compte le contexte (social, économique, culturel, etc.) des parents dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions de lutte contre le paludisme de l'enfant. Il est irréaliste de penser que les PS peuvent faciliter le processus de PC alors que ceux-ci sont moulés professionnellement dans une approche « autoritaire et dogmatique ». Selon Fahlberg et al. [7], la PC aura du succès si les « éducateurs de la santé » la portaient à travers leurs pratiques quotidiennes d'éducation pour la santé, imprégnées actuellement d'individualisme et de paternalisme. Un constat qui se confirme à travers certaines des propositions formulées par les

participants à l'étude : « la sensibilisation des parents à amener les enfants aux centres de santé en cas de fièvre », « la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées », « la formation des relais communautaires ». Quand bien même ces actions ne sont pas en soi inappropriées à la situation du paludisme de l'enfant, elles ne sont pas à évoquer dans ces conditions sans connaître auparavant les raisons des comportements des communautés afin de savoir ce qui, selon elles, mérite d'être considéré et à quel moment [20]. Cette implication des communautés devrait amener à plutôt donner la priorité à une approche communautaire de prise en charge du paludisme de l'enfant comme nous l'avons argumenté dans un autre article [11]. La formation permettrait ainsi de corriger cette perception incomplète de la PC.

Conditions de mise en œuvre d'une collaboration effective avec les communautés

Les conditions d'une collaboration avec les communautés telles qu'énumérées par les enquêtés (la négociation avec elles des stratégies à tous les niveaux de la planification ; la réduction de leurs charges financière des soins par un système de préfinancement des coûts, etc.) se rapprochent des stratégies de la promotion de la santé définies par l'OMS [19]. Les principes qui fondent la « promotion de la santé », selon que l'ont rapporté plusieurs auteurs, sont efficaces pour la résolution des problèmes de santé des populations, parce que se basant sur ses grands déterminants [15, 20]. Il s'agit là, à notre avis, d'une occasion que pourrait saisir toute réforme du système de santé pour insuffler un nouveau dynamisme de gestion d'une maladie comme le paludisme qui a réellement besoin d'une collaboration des communautés, de plusieurs acteurs et à plusieurs niveaux [5, 13, 21]. La réalité est que les PS n'ont pas les compétences d'aider les communautés à résoudre les problèmes liés par exemple au revenu financier des ménages, la taxation des produits de première nécessité entrant dans la prise en charge curative et préventive du paludisme, l'urbanisation des villes et campagnes, selon que l'ont évoqué les PS, d'où la nécessité d'une collaboration avec les secteurs concernés. Par ailleurs, et comme nous l'évoquions dans le premier chapitre de la discussion, il faut se rappeler que le concept de « promotion de la santé » pose un problème de partage de pouvoir qui ne semble pas émerger à travers les propositions des PS. L'enjeu du pouvoir, parlant de la PC dans le sens de l'empowerment, doit ainsi être présent à l'esprit afin de le gérer à tous les niveaux dans l'intérêt des communautés. Dans ce sens, la décentralisation du système de santé telle qu'évoquée par les enquêtés est une solution qui mérite réflexion pour trouver une forme de gestion des problèmes de santé en général et du paludisme de l'enfant en particulier qui donne l'autonomie à chaque zone ou district sanitaire et permet de tenir compte des spécificités qui sont les leurs à travers un rapprochement plus prononcé des PS des communautés.

Conclusion

Les PS dans cette étude ont laissé apparaître une conscience de la réalité du fardeau du paludisme en général et celui de l'enfant en particulier. Ils perçoivent l'intérêt et l'importance de la collaboration des communautés et d'autres secteurs dans la gestion du paludisme, quand bien même il subsiste des zones d'ombre à leur niveau. Ils ne se voient pas à même de jouer un rôle catalyseur du système de santé pendant qu'ils reconnaissent leur responsabilité dans la léthargie actuelle. Un programme de renforcement des capacités, tel que sollicité, pourrait aider à éclaircir et favoriser un engagement véritable dans une autre forme de gestion du paludisme et de la maladie en générale au sein des communautés. Cette étude ouvre la voix, à notre avis, à une exploration plus élargie afin d'enclencher une procédure de réorientation du processus de lutte contre le paludisme au Bénin et ailleurs dans la région subsaharienne d'Afrique.

Remerciements

Nous remercions les autorités du ministère de la santé du Bénin, en particulier, l'ancien Ministre D. K. Gazard, les Drs L. Assogba, H. Kossou pour leur soutien à cette étude. Nous remercions aussi le Dr P. Sogbohossou, les sieurs B. Akodigna et E. Mikolajczak pour leurs commentaires sur la première version de ce texte. Egalement nous sommes reconnaissants au soutien matériel de la Communauté française de Belgique à travers le CGRI.

Bibliographie

1. Alilio MS, Kitua A, Njunwa K, et al. Malaria control at the district level in Africa: the case of the Muheza district in north-eastern Tanzania. Am. J. Trop. Med. Hyg., 2004 ; 71(Suppl 2) : 205–213.
2. Angers M. Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines (2e édition). Anjou : les Editions CEC inc, 1996.

3. Barholere-Kulimushi V. « Promotion de la santé, itinéraires thérapeutiques et marché de la santé au Sud-Kivu. Pratiques locales, enjeux et perspectives ». Mémoire RESO-EDUS [d'Education pour la Santé], Bruxelles, Université Catholique de Louvain, 1999 ; 128p.
4. Baume C. Comparing care-seeking for childhood malaria: lessons from Zambia and Kenya. Arlington, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia, 2002 ; 95p.
5. Breman JG, Alilio MS, Mills A. Conquering the intolerable burden of malaria: what's new, what's needed: a summary. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 2004 ; 71(2 Suppl) : 1-15.
6. Comoro C, Nsimba SE, Warsame M, Tomson G. Local understanding, perceptions and reported practices of mothers/guardians and health workers on childhood malaria in a Tanzanian district—implications for malaria control. *Acta Trop.*, 2003 ; 87 : 305-313.
7. Fahlberg LL, Poulin AL, Girdano DA, Dusek DE. Empowerment as an emerging approach in health education. *J. Health Educ.*, 1991 ; 22 : 185-193.
8. Freyens P, Mbakuliyemo N, Martin M. Comment le personnel de santé conçoit-il la participation communautaire ? *Forum Mondial Sante*, 1993 ; 14 : 276-280.
9. Houéto DS, D'Hoore W, Deccache A. L'empowerment des parents pour la lutte contre le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans en milieu rural béninois : une expérience pratique. Soumis pour publication.
10. Houéto DS, D'Hoore W, Ouendo EM, Charlier D, Deccache A. Malaria control among children under five in sub-Saharan Africa: The role of empowerment and parents' participation besides the clinical strategies. *Rural Remote Health*, 2007; 7(4), 840.
11. Houéto DS, D'Hoore W, Ouendo EM, Hounsa A, Deccache A. Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. *Sante Pub.*, 2007; 19 : 363-372.
12. Jodelet D. « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie ». In : S. Moscovici (Dir), *Psychologie sociale*. Paris : Presses Universitaire de France, Collection Le Psychologue, 1997 : 357-378.
13. Jones COH, Williams HA. The social burden of malaria: what are we measuring? *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 2004 ; 71(Suppl 2) : 156–161.
14. Molyneux HD, Nantulya MV. Linking disease control programmes in rural Africa: a pro-poor strategy to reach Abuja targets and millennium development goals. *BMJ*, 2004 ; 328 : 1129-1132.
15. Moodie R. Mesurer l'efficacité des politiques de promotion de la santé : quelles leçons tirer des succès australiens ? *Promot. & Educ.*, 2004 ; Hors série 1 : 28-32.
16. Mwenesi HA. Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: an overview. *Acta Trop.*, 2005 ; 95 : 292-297.
17. Nafo-Traoré F. Rolling back malaria: opportunities and challenges. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 2005 ; 99 : 403-406.
18. Ninacs WA. Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. Québec (Canada), La clé, 2003 : 26p.
19. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine. OMS, Brazzaville, 2002 ; 17p.
20. Raeburn J, Corbett T. Community development: How effective is it as an approach in health promotion? Paper prepared for the Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion, University of Toronto, May 28-30, 2001 ; 27p.
21. Rowe AK, Onikpo F, Lama M, Cokou F, Deming MS. Management of childhood illness at health facilities in Benin: problems and their causes. *Am. J. Public Health*, 2001 ; 91(10) : 1625-1635.
22. Were W. Bringing malaria management closer to the home. Roll Back Malaria Department, World Health Organization, Geneva, 2004 ; 2p.
23. Williams HA, Jones COH. A critical review of behavioral issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: what contributions have social scientists made? *Soc. Sci. Med.*, 2004 ; 59 : 501–523.
24. World Health Organization. Scaling up home management of malaria: from research to implementation. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/MAL/2004.1096), 2004 ; 96p.

6.3. Article 6 : Perceptions causales, représentations et participation des communautés dans la lutte contre le paludisme de l'enfant au Bénin

Résumé

Le paludisme continue d'être la principale cause de morbidité et de mortalité dans les pays d'Afrique subsaharienne. Le rôle des facteurs contextuels socioculturels, économiques, environnementaux... a été évoqué sans véritablement faire partie intégrante et de façon systématique des programmes de lutte actuels contre le paludisme. Nous avons initié en milieu rural béninois une expérience de participation communautaire basée sur les perceptions causales qu'ont les populations du paludisme de l'enfant dans un dispositif quasi-expérimental pré-post qui a duré 27 mois. Les recours aux soins des populations sont soutenus par les perceptions qu'elles ont de la fièvre de l'enfant. Les traitements administrés sont très peu adéquats en ce qui concerne le paludisme. L'intervention a permis l'élaboration et la mise en œuvre d'au moins six micro-projets qui ont connu la mobilisation et l'adhésion de la communauté et ont conduit à une modification des perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant. En conséquence, les pratiques de recours aux soins ainsi que les traitements administrés en cas de fièvre des enfants ont connu d'importantes modifications, le tout conduisant à une réduction significative des cas graves et des décès d'enfants dus au paludisme dans le village. La prise en compte des perceptions et représentations de la communauté dans les programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant à travers leur participation appropriative des interventions est en mesure de donner de résultats satisfaisants en matière de réduction de la morbidité et de mortalité infantiles qui lui sont dues.

Mots-clés : Paludisme de l'enfant, Participation communautaire, perception de la fièvre de l'enfant, Afrique subsaharienne

Introduction

Le paludisme continue d'être la principale cause de morbidité et de mortalité dans les pays d'Afrique subsaharienne (ASS) [1]. Face à sa persistance dans la région ASS, il a été rapporté la pratique d'automédication non éclairée des populations, dans la majorité des cas à domicile [2, 3]. Des études ont montré l'importance des perceptions et représentations de la fièvre par les populations victimes du paludisme dans cette pratique de recours aux soins [4-7]. Par ailleurs, plusieurs expériences ont montré l'intérêt de l'implication des communautés dans la lutte contre le paludisme, pour une prise en charge adéquate et à temps au Ghana [8], pour la réduction des cas graves au Burkina Faso [9] ou pour la réduction de la mortalité en Ethiopie [10]. Les programmes de lutte contre le paludisme devraient de ce fait tenir grand compte du contexte local pour arriver à obtenir l'adhésion des populations à une lutte qui porte de fruits en matière de réduction du fardeau du paludisme en ASS [11].

Nous avons conduit une expérience de 27 mois au Bénin afin de voir dans quelle mesure l'empowerment communautaire et la participation appropriative des parents dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets de lutte contre le paludisme des enfants de moins de cinq ans contribue à la réduction de la morbidité et de la mortalité de ces derniers ainsi qu'à l'amélioration de la qualité de vie des populations.

Cadre et méthodes

Cadre d'étude

L'étude s'est déroulée dans la commune d'Abomey-Calavi qui est située dans la zone de forte endémicité palustre en bordure du lac Nokoué à la frontière nord-ouest de Cotonou, capital économique du Bénin. Le paludisme y sévit toute l'année. Le climat dans la commune est de type sub-équatorial marqué par deux saisons pluvieuses et deux saisons sèches. Le village de Drabo, dans l'arrondissement de Togba, un des neuf de la commune, est situé à 9 km au nord-ouest d'Abomey-Calavi. Les habitants, estimés à environ 1000 individus en 2005, s'occupent essentiellement de l'agriculture. Ils pratiquent majoritairement les religions traditionnelles dans un environnement culturel Aïzo, marqué par des croyances aux « Vodoun », divinités ancestrales responsables de la protection et du bien-être de la famille.

Méthodes d'étude

Nous avons mis en place un dispositif quasi-expérimental « pré-post » de type recherche-action participative à base communautaire faite d'accompagnement de la communauté d'étude pendant 27 mois, de janvier 2005 à mai 2007. Le choix de la commune d'Abomey-Calavi est de convenance sur la base de la forte endémicité palustre et sans grande expérience de participation communautaire. Le village de Drabo a été tiré au sort parmi les sept de l'arrondissement, mais l'inclusion définitive dans l'étude a été après l'accord du chef du village et des habitants en assemblée générale, de participer à l'étude.

Le diagnostic pré-intervention. Nous avons procédé à un dépistage actif du paludisme avec un échantillonnage de tous les enfants de moins de cinq ans ($n_1 = 152$) et au dépouillement des registres de soins dans les formations sanitaires fréquentées par la communauté à l'étude. Le dépistage actif a consisté en une recherche systématique, par le chercheur principal, des signes et symptômes (cliniques et biologiques) chez tous les enfants de moins de cinq ans. Il s'agit de la prise de la température systématique, la recherche d'une splénomégalie, de l'existence de la notion de fièvre chez l'enfant depuis les 72 heures ayant précédé l'enquête, et un prélèvement de sang pour la Goutte Epaisse (GE) et le Frottis Sanguin (FS) chez les enfants ayant présenté de la température ou chez qui il y a eu notion de fièvre. La température a été prise à l'aisselle à l'aide d'un thermomètre électronique. Elle est considérée comme positive lorsque supérieure ou égale à $37,5^{\circ}\text{C}$ et comme normale lorsque inférieure à $37,5^{\circ}\text{C}$. Ces données du dépistage actif sont consignées sur le questionnaire du dépistage actif élaboré à cet effet. Les familles dont les enfants ont présenté (ou présentaient) la fièvre dans la période considérée pour l'enquête, ont été soumises à cet entretien sur les pratiques préventives du paludisme et de recours aux soins. La taille de l'échantillon pour ces entretiens individuels était de 52 familles (n_2). Le dépouillement des registres était à la recherche de tous les cas de fièvre palustre d'enfants de moins de cinq ans en provenance du village d'étude. Ce dépouillement a couvert la période de janvier 2002 à décembre 2004. Nous avons également mené des entretiens individuels approfondis ($n_3 = 18$ ménages) et de groupe ($n_4 = 8$, sept focus group et une discussion de groupe) pour connaître les perceptions causales, représentations et pratiques en cas de fièvre de l'enfant. Le recensement des décès sur la période d'un an (2004) par autopsie verbale a été fait pour identifier ceux dus au paludisme.

L'intervention a consisté en un accompagnement du village d'étude dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans suivant les principes de la recherche-action participative à base communautaire [12]. L'ensemble du processus d'accompagnement s'est déroulé en huit étapes (tableau 1) à partir d'une adaptation de Vanasse [13]. Les activités retenues par la population, au nombre de 7, sont : 1. le traitement domiciliaire de la fièvre par les mères, qui inclut la disponibilité des antipaludiques essentiels dans le village et la formation à leur utilisation ; 2. l'utilisation de moustiquaires imprégnées, impliquant l'accessibilité géographique et financière ; 3. la mise en place d'une mutuelle de santé ; 4. l'initiation de différentes activités visant à améliorer les sources de revenu des parents ; 5. l'assainissement de l'environnement par l'adoption d'un type d'habitat pouvant permettre une protection contre la piqûre des moustiques ; 6. la scolarisation systématique des enfants du village ; et 7. l'alphabétisation des adultes. L'intervention a connu une interaction directe entre le chercheur principal et la communauté pendant 13 mois sur les 27 avec, pour le reste du temps, un contact téléphonique suivant les besoins de suivi de l'évolution des actions exprimés par la communauté. L'interaction directe s'est faite à raison de deux réunions en moyenne par mois, la périodicité étant plus rapprochée au début que vers la fin de l'intervention. Une observation participante a permis d'accorder une attention aux différents échanges, l'implication, les mécanismes de communication, les difficultés des populations dans le cadre de l'intervention. Il a été mis en place un registre d'enregistrement des décès d'enfants de moins de cinq ans.

Diagnostic post-intervention. Au bout de 27 mois, qui correspond à l'étape 8 (tableau 1), nous avons procédé à un bilan en reprenant dans les mêmes conditions le dépistage actif du paludisme ($n_5 = 142$) et un dépouillement des registres de soins dans les formations sanitaires fréquentées par la population du village d'étude. Ce second dépouillement a couvert la période de janvier 2005 à décembre 2006. Nous avons également procédé à des entretiens individuels ($n_7 = 18$ familles) et de groupe ($n_8 =$ le comité) et fait le point de l'enregistrement des décès sur la période d'intervention.

L'analyse des données a été faite par une catégorisation des informations issues des entretiens individuels et de groupe et de l'observation et se rapportant à la prévalence et aux caractéristiques de la fièvre, les causes de la fièvre, la conduite à tenir devant une fièvre, le lien entre la convulsion et la fièvre, la lutte contre la fièvre, les obstacles à la mise en pratique des conseils des professionnels de la santé et l'aptitude des individus à collaborer en tant que communauté pour lutter contre le paludisme de l'enfant. L'attribution causale est dite correcte quand elle évoque le moustique, la mauvaise hygiène corporelle, alimentaire, du milieu, la fièvre due à d'autres maladies et aux parasitoses intestinales. Elle est incorrecte lorsqu'elle se rapporte à la poussière, le ventre sale, les sorciers, la fièvre naturelle ou provoquée, etc. En ce qui concerne les pratiques thérapeutiques des parents en cas de fièvre des enfants, le recours aux soins est considéré comme adéquat lorsqu'il s'effectue vers un centre de santé ou un agent villageois de santé (AVS) formé ou encore une automédication éclairée. Il est dit inadéquat lorsque c'est une automédication

non éclairée, l'utilisation d'infusion ou tisane, le recours à un guérisseur ou à un couvent, une abstention thérapeutique. Le traitement administré est considéré comme adéquat lorsque les médicaments utilisés sont ceux indiqués pour le paludisme, à posologie et durée convenables pour l'enfant. Pour les comparaisons entre le début et la fin de l'intervention, en ce qui concerne les pratiques des parents en cas de fièvre des enfants, les données du dépistage actif, de dépouillement des registres dans les centres de santé fréquentés par la communauté d'étude et d'enregistrement des décès, nous avons calculé les intervalles de confiance au seuil de 95% [IC95%] et utilisé le khi carré (χ^2) de Pearson au seuil de 0,05.

Tableau 1 : Différentes étapes de l'intervention, intitulés et acteurs impliqués (en gras l'acteur principal)

Schémes et étapes	Intitulés de l'intervention	Acteurs
Schème I	Recherche des différentes visions de la situation	
Etape 1	<u>Identification et description de la situation qui fait problème</u> : L'étude de base à travers le dépistage actif du paludisme et interview des professionnels de la santé, les interviews individuelles et de groupe de la population, a permis de noter que la fièvre est la principale menace de la santé des enfants dans le village.	Chercheur Population
Etape 2	<u>Problématique énoncée</u> : Il s'est agit de l'émergence des ensembles de visions de santé dans la population à l'occasion de la restitution des résultats de l'étude de base. La population a procédé à une analyse de la situation de la fièvre, ses conséquences et à l'identification des problèmes à résoudre pour l'organisation de la lutte contre ce fardeau qui pèse sur elle.	Population Chercheur
Schème II	Conceptualisation de modèles sur la base d'une vision systémique	
Etape 3	<u>Enoncés de base de systèmes pertinents d'activités humaines</u> : La restitution a également été l'occasion de procéder à la re-formulation des problèmes identifiés et à résoudre dans le cadre de la lutte contre la fièvre après validation suivant les compréhensions qu'avait la population et en se basant sur les moyens localement disponibles.	Population Chercheur
Etape 4	<u>Modèles conceptuels de systèmes pertinents d'activités humaines</u> : Les problèmes ainsi re-formulés à l'étape précédente ont fait l'objet d'une hiérarchisation suivant l'importance qu'accordait la population à chacun d'eux pour viser une plus grande efficacité de l'action à engager.	Population Chercheur
Schème III	Retour à l'action concrète de la recherche avec les acteurs	
Etape 5	<u>Comparaison des étapes 2 et 4</u> : La comparaison de ces deux étapes a permis de procéder à l'inventaire des ressources nécessaires à la résolution des problèmes identifiés dans une vision véritablement globale. L'inventaire des différents partenaires potentiels tant au niveau du système sanitaire que extra-sanitaire a été fait à la même occasion.	Population Chercheur
Etape 6	<u>Changements désirables et praticables</u> : Pour chaque problème retenu, la population a procédé à l'identification des différentes actions à mener. Pour mener à bien ces différentes activités, la population a souhaité et mis en place un comité pour la résolution des problèmes prioritaires identifiés à travers les différentes actions retenues.	Comité, Population Chercheur
Etape 7	<u>Action</u> : Mise en œuvre des actions, le comité jouant le rôle principal tout en gardant une relation formelle avec les populations à travers les notables et le chef du village et des réunions périodiques de tout le village. Une relation informelle a également été gardée avec la population qui apportait à tout instant son point de vue sur telle ou telle activité.	Comité, Population Chercheur
Schème IV	Suivi de l'évolution de l'action	
Etape 8	<u>Bilan provisoire</u> : recueil de points de vue critiques sur l'action auprès du comité, la population et une évaluation clinique des effets. Les résultats ont servi à redimensionner l'intervention au sein de la population en rééditant l'exercice des différentes étapes pour s'attaquer à d'autres aspects du développement du village.	Comité, Population Chercheur

Adapté de Vanasse (2000)

Résultats

Caractéristiques générales des enquêtés

Les caractéristiques des enfants impliqués dans l'étude sont présentées au tableau 2. En ce qui concerne les entretiens individuels approfondis, ils ont impliqué à chacun des deux passages pré et post intervention, 18 individus dont 12 à la fois pour les deux, le tout constituant un total de 24 individus. Parmi eux, 13 sont du sexe féminin et 11 du sexe masculin. Ils sont neuf à avoir entre 15 et 45 ans et 15 ayant 46 ans et plus. Leur niveau d'instruction est réparti entre les non scolarisés (14), le niveau primaire (7) et le niveau secondaire (3). Quant à leurs professions, il y a des ménagères (10), des cultivateurs et éleveurs (7), des ouvriers et revendeurs (7).

Tableau 2 : Répartition des enfants du dépistage actif selon l'âge et le sexe

Caractéristiques des enfants enquêtés	Avant intervention		Après intervention	
	n (152)	%	n (142)	%
Âges				
0 à 11 mois	41	27	35	25
1 à 2 ans	55	36	52	36
3 à 5	56	37	55	39
Sexe				
Masculin	78	51	81	57
Féminin	74	49	61	43

Perceptions de la fièvre de l'enfant, attributions causales et pratiques de soins des parents

Les attributions causales correctes avant et après intervention sont respectivement de 6 et 15 pour les 18 interviewés. Celles incorrectes sont respectivement de 12 et 3. Le tableau 3 présente les détails des perceptions causales qu'ont les interviewés (interviews approfondies) de la fièvre de l'enfant, les causes ainsi que les attitudes thérapeutiques, avant et après l'intervention. Quant aux pratiques de recours aux soins en cas de fièvre des enfants (tableau 4a), 12% [4 ; 23] sont adéquats sur les 52 parents interviewés avant l'intervention tandis qu'après l'intervention, 66% [46 ; 82] le sont sur les 29 parents interviewés. La différence est statistiquement significative ($\chi^2 = 25,42$; $P = 0,0000005$). Lorsque nous considérons les traitements administrés par les parents au cours des épisodes de fièvre des enfants, le tableau 4 (b, c, d) montre les types de médicaments administrés ainsi que l'adéquation du traitement avant et après l'intervention.

Connaissances des pratiques de prévention

Nous nous sommes focalisés sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées (MI) et l'assainissement de l'environnement auprès des interviewés en interviews approfondies. Avant l'intervention, 8 sur les 18 interviewés connaissaient les consignes de prévention sans les pratiquer tandis qu'après l'intervention, 16 connaissaient les consignes de prévention du paludisme de l'enfant et les pratiquaient également.

Comportements communautaires relatifs à la participation à l'intervention

Au niveau, tant individuel que du comité et de la communauté, la participation aux réunions, aux décisions, la disposition à s'engager dans les activités du projet, la contestation de certaines décisions, sont autant de comportements qui se sont progressivement développés. La participation a favorisé la modification des attitudes thérapeutiques et l'amélioration de l'estime de soi des individus vis-à-vis des professionnels soignants modernes. L'interviewé n°14 confirme la raison de ces modifications intervenues dans la population : « Avant on croyait que c'est la sorcellerie, mais maintenant on commence à comprendre que c'est le moustique. » Et l'interviewé n°1 de montrer le climat actuel du village vis-à-vis de la fièvre de l'enfant à travers la réponse à la nécessité d'aller aux soins modernes avec la fièvre de l'enfant : « Oui et essentiellement, parce que maintenant, même les voisins peuvent se moquer de toi si ton enfant malade n'est pas allé à l'hôpital immédiatement. »

Données sanitaires

Nous avons, tant au dépistage actif qu'au dépouillement des registres dans les formations sanitaires fréquentées par le village d'étude, obtenu des modifications des données sanitaires. Le tableau 4a présente l'évolution de la distribution de la prévalence de la fièvre et autres signes de paludisme avant et après

l'intervention. Le graphique 1 présente, quant à lui, l'évolution des recours aux formations sanitaires des cas de fièvre avant et après l'intervention et celle des cas graves de fièvre. La prévalence des décès d'enfants de moins de cinq ans dus au paludisme se présente comme suit : Avant intervention (pour l'année 2004), 17 décès sont enregistrés dont 15 sont attribuables au paludisme. Pour la période d'intervention (janvier 2005 à mai 2007), six décès sont enregistrés dont quatre imputables au paludisme, soit 2 décès par année avec une différence statistiquement significative ($\chi^2 = 10,67$; $P = 0,001$).

Tableau 4 : Pratiques thérapeutiques des parents devant les cas de fièvre des enfants avant et après l'intervention

Pratiques thérapeutiques des parents devant les cas de fièvre des enfants	Avant intervention		Après intervention		Différence		P
	n	%	n	%	n	%	
a/ Signes paludisme							
Présents	52	34 [27-42]	29	20 [14-28]	- 23	- 14	0,008*
Absents	100	66 [58-74]	113	80 [73-87]	+ 13	+ 14	
Total	152	100	142	100			
b/ Traitements administrés							
Comprimés	36	69 [55-81]	26	90 [73-98]	- 10	+ 21	0,037*
Infusion/Jus citron/Aucun traitement	16	31 [19-45]	3	10 [2-27]	- 13	- 21	
Total	52	100	29	100			
c/ Comprimés administrés							
Antipaludiques seuls,	24	67 [49-81]	23	88 [70-98]	- 1	+ 21	0,048*
Antipaludiques et Antipyrétiques							
Antipyrétiques seuls,	12	33 [19-51]	3	12 [2-30]	- 9	- 21	
Antipyrétiques et Autres**							
Total	36	100	26	100			
d/ Utilisation d'antipaludiques							
Adéquate	6	25 [10 ; 47]	19	83 [61 ; 95]	+ 13	+ 58	0,000*
Non adéquate	18	75 [53 ; 90]	4	17 [5 ; 39]	- 14	- 58	
Total	24	100	23	100			

[] = IC 95% Intervalle de Confiance, * = Significative ; **Autres = vermifuge, multivitamine

Discussion

Cette étude s'est basée sur le principe de la prise en compte des perceptions et représentations de la communauté partenaire afin de mieux élaborer, mettre en œuvre et évaluer l'intervention de lutte contre le paludisme de l'enfant. Les activités initiées par la communauté sont orientées pour la plupart vers le bien-être global de la population et qui ont permis aux membres de participer effectivement à l'intervention et de prendre en considération les consignes relatives à la prise en charge du paludisme de l'enfant. Il y a ainsi eu des modifications des perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant ayant conduit aux modifications des pratiques de recours aux soins et de traitement avec pour effets la réduction des cas graves de paludisme et des décès qui lui sont dus.

Considérations méthodologiques

Du point de vue de certains auteurs [14], une étude comme celle-ci aurait plus de force dans ses conclusions si le dispositif était celui d'un essai randomisé contrôlé (RCT). Mais comme l'affirme Raeburn et Corbett [15], dans une intervention communautaire comme celle-ci, le RTC n'est pas aisément envisageable pendant que le dispositif quasi-expérimental est le plus indiqué à cause de l'investissement que nécessite l'intervention et des possibilités qu'on a de tirer des conclusions valables. Nous pensons qu'avec le principe d'accompagnement communautaire qui est le nœud de cette étude, nous n'aurions pas pu mieux nous investir si le nombre de communautés devait être élevé, tiré au hasard selon les principes du RCT sans tenir compte des dispositions pratiques qui ont été prises en considération dans le choix du site d'étude. Adongo et al. [16] pensent d'ailleurs que pour la problématique du paludisme en ASS, les études purement quantitatives du genre RCT ne sont pas trop utiles pour comprendre les perceptions qu'ont les populations de la fièvre et qui pèsent lourdement dans la situation d'échec actuel. Cependant, malgré que

notre échantillon des enfants ait été exhaustif, nous n'excluons pas en revanche des biais d'échantillonnage, d'information et de rappel en ce qui concerne les interviews, et des biais d'observation. Egalement, le rôle du chercheur principal dans l'obtention des résultats, de par son implication dans la communauté surtout en début d'intervention, est un facteur à prendre en compte. Par ailleurs, l'étude étant basée sur les principes d'empowerment communautaire, la participation du chercheur selon les principes établis en la matière [15, 21, 22] était nécessaire avec un rôle de conseiller mettant la communauté au centre de l'action. Cette étude pouvant être considérée comme une intervention complexe [17-20], les différents facteurs à la base des résultats sont certainement multiples et tributaires, entre autres, des caractéristiques culturelles, socioéconomiques, environnementales de la communauté étudiée.

Perceptions et représentations dans le processus de modification de comportement

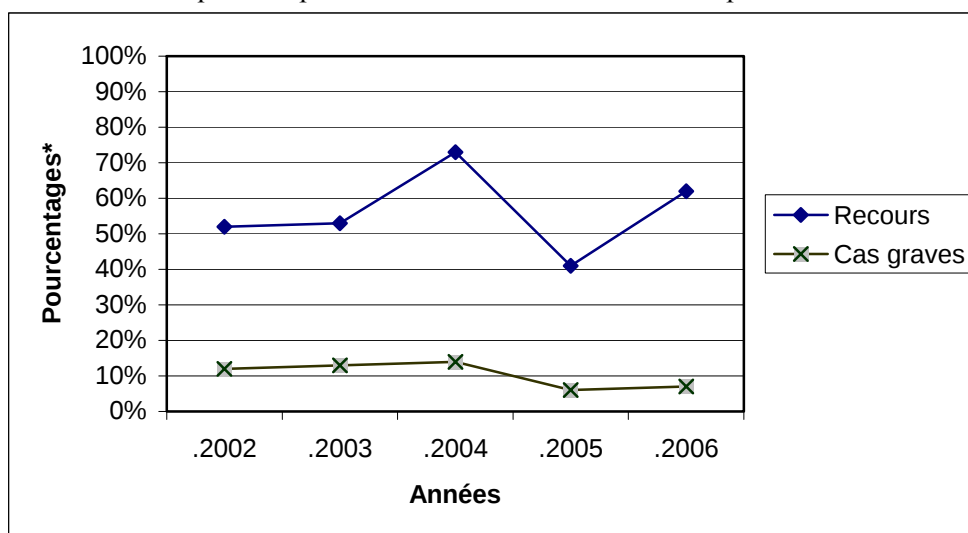
La communauté d'étude avait ses perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant comme le montre le tableau 2. Sans jugement de valeur ni complexe de supériorité [12, 15, 21, 22], nous lui avons, donné la possibilité d'exposer et de mettre en œuvre les stratégies qui permettraient, selon elle, de résoudre cette problématique de la fièvre de l'enfant. Il est évident que certaines activités proposées par la communauté (voir méthodes) n'avaient pour nous aucun lien direct avec la problématique de la fièvre de l'enfant. Cependant, nous avons pu nous rendre compte que les objectifs de recours aux soins modernes en cas de fièvre de l'enfant et de réduction des cas graves de paludisme sont atteints à l'étape 8 de l'intervention. Ces résultats confirment l'avis de certains auteurs [23, 24] pour qui, le faible impact sur le changement de comportement connu dans les interventions éducatives de nos jours est le fruit de la non-prise en compte des perceptions et représentations des populations bénéficiaires. Dans le cas d'espèce, le paludisme est considéré comme une maladie que seuls les professionnels de la santé connaissent et qui est à peine connu dans la communauté (tableau 3). Il n'y a pas dans la communauté d'étude de termes pour désigner le paludisme. Ceci, à notre avis, montre l'intérêt de coupler les observations quantitatives et qualitatives dans les études relatives à la lutte contre une maladie comme le paludisme qui est bien ancrée dans les contextes particuliers des communautés. Comme le reconnaissent Adongo et al. [16], les perceptions et représentations en ce qui concerne les causes de la fièvre de l'enfant prennent une part très importante dans la prise en charge du paludisme. Notons que nous n'avons pas organisé de séances particulières de la traditionnelle « éducation pour la santé ». Ce qui confirme la thèse de Griffiths [25], Farmer [26], Wallman [27] et Yoder [28] qui soutiennent que les comportements de santé ne sont pas simplement le fait de la connaissance ou de la compétence, mais sont aussi influencés et conditionnés par le contexte social, culturel, économique et politique dans lequel ils s'observent. Ce qui voudrait dire que non seulement il faut tenir compte de ces facteurs, mais ceux-ci imposent que les interventions aient une spécificité suivant les contextes - qui peuvent être dans le cas du paludisme de l'enfant, un district voire un village - et ne doivent pas être généralisées à tout un pays comme c'est souvent le cas [29]. Jones et Williams [11] ont montré qu'il y a une pression sociale en ASS à amener les enfants présentant les signes de gravité du paludisme vers les guérisseurs traditionnels, pression qui est absente dans le cas de la fièvre simple. Nos résultats confirment cet état de choses, mais la tendance en fin d'intervention est plutôt la pression communautaire dans le sens de recourir aux soins modernes en cas d'une fièvre simple comme l'a mentionné l'Interviewé n°1 « ... parce que maintenant, même les voisins peuvent se moquer de toi si ton enfant malade n'est pas allé à l'hôpital immédiatement. »

Participation des parents et de la communauté d'étude

Des auteurs [15, 30] ont argumenté que les formes de participation communautaire habituellement connues n'ont pas suffisamment fait pour mériter ce terme. Nous pensons avoir été un peu plus loin dans la forme de participation communautaire utilisée dans cette étude dans ce sens que l'intervention a été élaborée et mise en œuvre par la communauté elle-même. Nous lui avons laissé le soin de jouer tout le rôle essentiel. Celui d'identification de la problématique de santé prioritaire, des actions prioritaires (qui allaient dans tous les sens) et également la mise en œuvre de l'action. Nous n'avons pas, au préalable identifié les activités entreprises par la communauté, comme c'est souvent le cas dans les formes de participation que fustigeaient ces auteurs. Notre rôle a été celui d'un accompagnateur et de personne-ressource [21, 22, 31]. Nous avons su garder une certaine « distance » vis-à-vis de la communauté afin de lui laisser la possibilité de « prendre de l'espace » et de s'approprier l'intervention. Comme le montre le tableau 1, nous sommes partis du premier plan au début de l'intervention, à la position d'un acteur de l'ombre. Notre présence n'était plus nécessaire au fur et à mesure que l'intervention durait dans le temps. Pour Raeburn et Corbett [15], il s'agit d'une « participation-développement communautaire ». Elle conduit à l'empowerment communautaire comme le signale Ninacs [32]. C'est-à-dire le pouvoir retrouvé par la communauté, qui lui

permet d'initier et de mettre en pratique des actions allant dans le sens de l'amélioration de son bien-être [31]. Elle permet la pérennisation de l'action comme c'est le cas actuellement, la communauté poursuivant l'intervention malgré le « terme » que nous lui avons mis à cause de nos contraintes académiques [15]. Nous avons cependant observé que cette poursuite de l'action par la communauté s'est faite à une condition, celle de l'assurance de pouvoir, au besoin, se référer à nous pour des éclaircissements et conseils dans leurs décisions, fonction qui devait revenir au système national de santé. Ainsi, la prise en compte des perceptions et représentations de la communauté dans notre étude et la forme de participation mise en place pourraient expliquer l'importance de nos résultats.

Graphique 1 : Evolution des recours aux soins et des cas graves de fièvre enregistrés dans les formations sanitaires fréquentées par la communauté d'étude avant et pendant l'intervention



*Enfants-Année

Quelles implications pour les programmes nationaux de lutte contre le paludisme (PNLP) ?

La stratégie mise en place dans cette intervention s'apparente sur plusieurs aspects à celle préconisée par le concept de « promotion de la santé » (PS) [33, 34]. La stratégie PS tient compte, dans l'élaboration et la mise en œuvre des interventions, des spécificités de chaque contexte à travers la pleine participation des populations avec l'interaction de différents niveaux d'action [33]. D'abord l'*élaboration de politiques favorables à la santé*. Les actions du PNLP devraient viser la santé au sens global du terme, impliquant non seulement les aspects purement liés au paludisme, mais également et surtout toutes autres situations identifiées par la population, à même de contribuer, selon elle, à son bien-être global. Ensuite la *création d'environnements favorables*. Les différents efforts d'« éducation » de la population trouveraient plus un terrain fertile si des conditions spécifiques lui étaient créées pour faciliter l'adoption/modification des comportements en cause. Puis le *renforcement de l'action communautaire*. La recherche de la durabilité dans l'adoption des comportements promus suppose la nécessaire implication et le renforcement de l'action communautaire. Aussi l'*acquisition d'aptitudes individuelles*. Les interventions devraient s'assurer de ce que chaque individu a une meilleure compréhension des objectifs visés ainsi que les pratiques nécessaires pour les atteindre. Ce qui est très peu probable sans leur véritable implication. Et enfin la *réorientation des services de santé*. La fonction de référent dont il est question dans le paragraphe précédent pourrait revenir à la structure décentralisée du système national de santé, parlant du paludisme ou des questions de santé en général à condition d'adopter une organisation de service qui obtienne la confiance des communautés [15]. Les quatre autres niveaux d'action, en effet, ne sont pas réalisables si la vision actuelle biomédicale du système de santé orientée essentiellement vers les soins curatifs n'était changée. Les PNLP s'orienteraient alors vers cette vision de la santé qui vise le bien-être global au lieu de la seule maladie (le paludisme) qui pourtant n'est rien sans « le terrain », compris ici comme le contexte local.

Conclusions

La persistance du fardeau du paludisme sur les populations de l'ASS dans un contexte où les mesures efficaces curatives et préventives existent, semble poser le problème de la non-prise en compte des perceptions et représentations des populations et de l'efficacité de l'organisation des systèmes sanitaires

nationaux. La présente expérience nous suggère que la lutte contre le paludisme devrait s'insérer dans un programme global de développement communautaire faisant place aux perceptions et représentations qu'ont les populations de la fièvre. Les professionnels devant jouer un rôle d'accompagnateurs et de personnes-ressources. Une telle stratégie ne sortirait-elle pas les populations, à la fois, du paludisme et du sous-développement, l'un impliquant l'autre ? Les présents résultats constituent, à notre avis, un point de départ pour une exploration plus étendue prenant en compte un grand nombre de communautés afin de valider la stratégie de prise en charge du paludisme qui continue de maintenir l'ASS dans son état de pauvreté.

Remerciements : Nous tenons à remercier le Commissariat Général aux Relations Internationales (CGRI) de la Communauté française de Belgique (CFB) pour son soutien financier à ce projet de recherche. Egalement nous disons notre reconnaissance aux autorités du PNLP du Ministère de la santé du Bénin pour leur soutien tant administratif que matériel à la réalisation de ce projet.

Références

1. Breman, J. G., Alilio, M. S., & Mills, A. (2004). Conquering the intolerable burden of malaria: what's new, what's needed: a summary. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(Suppl2), 1-15.
2. Marsh VM, Mutemi WM, Muturi J et al. Changing home treatment of childhood fevers by training shopkeepers in rural Kenya. *Trop Med Int Health* 1999; 4(5):383-9.
3. McCombie SC. Treatment seeking for malaria: a review of recent research. *Soc Sci Med* 1996; 43(6):933-945.
4. Houéto D, D'Hoore W, Ouendo EM et al. Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. *Sante publique* 2007; 19(5):363-72.
5. Lubanga RG, Norman S, Ewbank D et al. Maternal diagnosis and treatment of children's fever in an endemic malaria zone of Uganda: implementations for the Malaria Control Program. *Acta Trop* 1997; 68(1):53-64.
6. Mwenesi H, Harpham T, Snow RW. Child malaria treatment practices among mothers in Kenya. *Soc Sci Med* 1995; 40:1271-1277.
7. Nsungwa-Sabiiti J, Källander K, Nsabagasani X et al. Local fever illness classifications: implications for home management of malaria strategies. *Trop Med Int Health* 2004; 9(11):1191-1199.
8. Dunyo SK, Afari EA, Koram KA, Ahorlu CK, Abubakar I, Nkrumah FK. Health centre versus home presumptive diagnosis of malaria in southern Ghana: implications for home- based care policy. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2000; 94:285-288.
9. Sirima SB, Konate A, Tiono AB et al. Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Trop Med Int Health* 2003; 8(2):133-139.
10. Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomized trial. *Lancet* 2000; 356(9229):550-555.
11. Jones COH, Williams HA. The social burden of malaria: what are we measuring? *Am J Trop Med Hyg* 2004; 71(Suppl 2): 156-161.
12. Israel BA, Eng E, Schulz AJ et al. Introduction to methods in community-based participatory research for health. In: Israel BA, Eng E, Schulz AJ et al. editors. *Methods in community-based participatory research for health*. San Francisco: CA, Jossey-Bass, 2005. p. 3-26.
13. Vanasse A. Représentations de la santé : activité physique et tabagisme. Thèse de doctorat en santé publique, option éducation pour la santé, Université Catholique de Louvain, Bruxelles: 2000.
14. Rosen L, Manor O, Engelhard D, Zucker D. In defense of the randomized controlled trial for health promotion research. *Am J Public Health* 2006; 96: 1181-1186.
15. Raeburn J, Corbett T. Community development: How effective is it as an approach in health promotion? University of Toronto: Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion, May 28-30, 2001.
16. Adongo, P. B., Kikwood, B., & Kendall, C. (2005). How local community knowledge about malaria affects insecticide-treated net use in northern Ghana. *Tropical Medicine and International Health*, 10(4), 366-378.
17. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D et al. Framework for design and evaluation of complex intervention to improve health. *BMJ* 2000; 321: 694-696.
18. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J, Emery J, Farmer A, Griffiths F et al. *BMJ* 2007; 334: 455-459.

19. Blackwood B. Methodological issues in evaluating complex healthcare interventions. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54: 612-622.
20. Lindsay B. Randomized controlled trials of socially complex nursing interventions: creating bias and unreliability? *Journal of advanced nursing* 2004; 45: 84-94.
21. Baker EA, Teaser-Polk C. Measuring community capacity: where do we go from here? *Health Educ Behav* 1998; 25(3):279-83.
22. Wyss E, Whitney B, Betts M. The promotion of participatory methods for group events in Zambia: a process evaluation report for UNICEF 1994-1997. *Eval Program Plann* 1998; 21: 363-375.
23. Garnier C, Rouquette ML. Introduction. In: Garnier C, Rouquette ML editors. *Représentations sociales et éducation*. Montréal : Editions Nouvelles, 2000. p. v-xx.
24. Gaudreau L. Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé. In: Garnier C, Rouquette ML editors. *Représentations sociales et éducation*. Montréal : Éditions Nouvelles, 2000. p. 143-164.
25. Griffiths M. Using anthropological techniques in program design: successful nutrition education in Indonesia. In: Coreil J, Mull JD. editors. *Anthropology and Primary Health Care*. Boulder: CO, Westview Press, 1990. p. 154-169.
26. Farmer P. Social science and the new tuberculosis. *Soc Sci Med* 1997; 44:347-358.
27. Wallman S. Ordinary women and shapes of knowledge: perspectives on the context of STD and AIDS. *Public Understanding Sci* 1998;7:169-185.
28. Yoder PS. Negotiating relevance: belief, knowledge and practice in international health projects. *Med Anthropol Q* 1997; 11:131-146.
29. Augoyard P, Renaud L. Le concept d' « empowerment » et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promot & Educ* 1998;V:28-35.
30. Organisation Mondiale de la Santé. L'action communautaire en faveur de la santé. Genève : 47^e Assemblée Mondiale de la santé, mai 1994.
31. Organisation Mondiale de la Santé. Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine. Brazzaville: 2002.
32. Ninacs WA. Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. Québec (Canada) : La clé, 2003.
33. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa: Première conférence internationale pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986.
34. Organisation Mondiale de la Santé. La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation. Bangkok: Sixième conférence internationale pour la promotion de la santé, 11 août 2005.

Tableau 3 : Les différents types de fièvres, leurs causes et les attitudes thérapeutiques selon le village d'étude (avant intervention et après intervention)

Types de fièvres/Intervention		Causes		Attitudes thérapeutiques	
Avant	Après	Avant intervention	Après intervention	Avant intervention	Après intervention
Fièvre simple ou naturelle		<i>Une réaction de l'organisme à la fatigue, à un surmenage physique, c'est une fièvre naturelle</i>	Une réaction de l'organisme à la fatigue, à un surmenage physique, c'est une fièvre naturelle	<i>Du paracétamol suffit pour la guérir, car elle ne se complique jamais. Ou le bain d'eau mélangée au citron. Aller à l'hôpital si elle persiste, car naturelle.</i>	On ne peut jamais être sûr de ce diagnostic, il faut donc aller à l'hôpital le plus tôt possible.
Fièvre avec boutons et anémie		<i>Le sol (il s'agit de la rougeole qui ne doit jamais être nommée de peur de l'attirer sur soi et sur sa famille)</i>	Le sol (pour désigner la rougeole). Le terme est encore d'usage, mais non plus avec la même rigueur de ne pas aller aux soins modernes avec.	<i>Ne dois jamais être amenée à l'hôpital. L'injection en particulier et les soins modernes en général constituent son totem.</i>	Toutes les fièvres doivent aller à l'hôpital le plus tôt dès son apparition.
Fièvre avec révulsion oculaire et coma ou anémie sévère en quelques jours		<i>Causée par les « personnes aux deux yeux » (les sorciers)</i>	Les sorciers, la jalousie, l'envoûtement	<i>Donner de l'huile de foi de Morue à boire à la victime et oindre aussi son corps avec cette huile. Voir les guérisseurs traditionnels ou les anciens, le traitement ne peut être révélé.</i>	Les guérisseurs et les anciens seuls peuvent la traiter. Mais il faut toujours voir les soignants modernes avant d'aller les voir.
Fièvre des autres maladies (Toux, Vomissements, Maux de tête, Rhume, Diarrhées, Courbature, Infections, etc.)		<i>La mauvaise hygiène alimentaire, corporelle, du milieu, de l'eau, les mouches en période des mangues.</i>	La mauvaise hygiène alimentaire, corporelle, du milieu, de l'eau, les mouches en période des mangues.	<i>Traitement suivant les cas et prioritairement à domicile, car l'hôpital coûte cher et les agents de santé accueillent mal. Ils ne soignent pas sans avoir reçu de l'argent. On pourrait conseiller l'hôpital en deuxième intention s'il n'y avait pas ces contraintes.</i>	Les amener à l'hôpital. La prévention passe par l'hygiène corporelle, alimentaire et du milieu.
Fièvre du ventre « sale »		<i>Le ventre est « sale » désigne une flatulence ou la présence des parasites intestinaux. S'accompagne souvent d'une constipation.</i>	Le ventre est « sale » désigne une flatulence ou la présence des parasites intestinaux. S'accompagne souvent d'une constipation.	<i>La tisane et/ou le déparasitage suffit. La tisane ici est à un but laxatif. En l'absence d'amélioration, donner de l'huile de foi de Morue. Si la tisane et le déparasitage ne permettent pas de la calmer, alors il s'agit d'une autre cause.</i>	La tisane et/ou le déparasitage suffit. La tisane ici est à un but laxatif. Ne pas rester avec une fièvre au-delà de 2-3 jours sans aller à l'hôpital.
Fièvre de la poussée dentaire		<i>Poussée dentaire</i>	Poussée dentaire	<i>N'a pas besoin d'aller à l'hôpital, donner de la tisane</i>	Tout en donnant la tisane, il faut respecter le principe 'toute fièvre doit aller à l'hôpital »
Fièvre due au soleil		<i>Exposition au soleil. Est appelée Paludisme par les professionnels de la santé</i>	Exposition au soleil.	<i>Il y a de la tisane pour éliminer le soleil du sang</i>	Il y a de la tisane pour éliminer le soleil du sang
Fièvre paludisme		<i>Causée par les moustiques disent les professionnels de la santé. Il s'agit de la fièvre due à l'exposition au soleil. C'est un diagnostic d'élimination qui vient à l'idée de plus en plus à cause des interventions des professionnels de la santé.</i>	Causée par les moustiques	<i>Il faut aller à l'hôpital après avoir donné les tisanes contre l'exposition au soleil.</i>	Il faut faire les 3 jours de traitement du « projet » et aller à l'hôpital si elle persiste.

Types de fièvres/Intervention		Causes		Attitudes thérapeutiques	
Avant	Après	Avant intervention	Après intervention	Avant intervention	Après intervention
Autres		Dont on ne connaît pas la cause	Dont on ne connaît pas la cause	<i>Voir les anciens. Il est bon de demander l'avis des professionnels de la santé avant d'aller chez le guérisseur traditionnel</i>	Il faut dans tous les cas aller à l'hôpital, car les soignants modernes connaissent avec précision ces maladies, sinon il font des analyses.
Fièvre sournoise (persistante)	NA	<i>Les sorciers</i>	NA	<i>Les guérisseurs et les anciens seuls peuvent la traiter.</i>	NA
Fièvre « alimentation »	NA	<i>Causée par la mauvaise alimentation, la mauvaise hygiène du corps ou de l'eau</i>	NA	<i>Donner de la tisane et veiller à donner une alimentation saine, contrôler l'hygiène du corps et l'eau de boisson</i>	NA
Fièvre liée au froid	NA	<i>Causée par le froid. La période de prédilection est la saison des pluies.</i>	NA	<i>Il n'y a pas un recours nécessaire à l'hôpital. Protéger l'enfant et il recouvre sa santé. Il faut toujours protéger les enfants en période de pluie de peur que « le vent les vole ».</i>	NA

6.5. Article 7 : Empowering parents to prevent and treat earlier child malaria in Benin: clinical and epidemiological effects

Abstract

Background: Child malaria is a major health problem in sub-Saharan Africa (SSA). Despite the international commitment to control it and the availability of effective measures, malaria represents the first cause of morbidity and mortality in children under five in SSA and therefore it is an important obstacle to child survival. **Objectives** are to understand if and how parents' empowerment and participation may contribute to a better management and control of malaria at community level. **Method:** The study design is quasi-experimental (pre-post, with a control village). An action-research was undertaken during 27 months (January 2005 till May 2007) using community participation and empowerment strategies, health education, and social and technical support through the people-centred health promotion approach. **Results:** Up to 80% of the community inhabitants participated in the intervention through seven sub-projects identified as their priorities to fight against malaria. This contributes to the modification in the child fever causal attributions within parents and in the care seeking behaviours. Malaria prevalence decreased in the intervention village compare to the control village ($p < .0001$) as well as the severe cases of fever in children in the intervention village (-8%). **Conclusion:** This study confirms, at a small scale, the hypotheses of several other previous publications related to the place and the importance of the community participation (and empowerment) in child malaria control.

Keywords: Child malaria, Community participation and empowerment, Health promotion, Benin.

Introduction

Child malaria is a major health problem in sub-Saharan Africa (SSA). It represents the first cause of morbidity and mortality in children under five (Snow et al. 2005) and therefore it is an important obstacle to child survival (Bryce et al. 2006; Lopez 2000; WHO 2005b; Young 1995). International initiatives have addressed the problem, through for example the African chief of states summit, in Abuja in 2000, and the Millennium Development Goals (MDGs) (WHO 2000; UN 2000). At the same time, effective preventive and curative measures have been developed (Lengeler 2005; OMS 2002; White 2005). The importance of community participation is acknowledged and encouraged through the Home Management of Malaria initiative (WHO 2005b). In Benin, Malaria is the first cause of death of under five children. In 2005, despite the implementation of several national programmes, 49% of children in medical consultations and 50% of the hospitalisations were attributed to malaria (MSP/Bénin 2006).

In 2005, the Abuja objectives have come to their end without any improvement of the situation (WHO 2000). Moreover, a failure of the MDGs is foreseen in the absence of major strategical changes (Bryce et al. 2006; Lapeyre 2006). For Alilio et al. (2004), Jones and Williams (2004), current approaches to tackle malaria are neither adapted nor tailored to the situation, as they do not take into account the various factors that influence malaria occurrence. For example, the causes of fever, the malaria's main sign, are linked to various causal attributions related to people's perceptions and representations. As long as health programmes do not integrate such attributions, population adherence to malaria control programmes will not be gained (Adongo et al. 2005; Baume 2002; Houéto et al. 2007; Jones & Williams 2004; Nsungwa-Sabiiti et al. 2004). More widely, empowerment of individuals and communities is needed in order to improve their participation and involvement in health-oriented actions. Empowerment has first been considered as necessary by the 1978 Primary Health Care declaration (WHO 1978) and also has been more recently acknowledged as an essential component of the "Health Promotion" concept (WHO 1986; WHO 2005a).

Community empowerment is a process that combines four important strategies in both conception and implementation of interventions (Ninacs 2003): active participation of partner communities, development of skills and knowledge related to health problems, clear communication and use of community capital. It is anchored into community perceptions and social representations of the problem and the situation. Such a process has not yet been integrated into malaria programmes (Jones & Williams 2004; Raeburn & Corbett 2001).

This study presents a community-based participatory action-research project aiming at under five children malaria management. Research objective is to understand if and how parents' empowerment and participation may contribute to a better management and control of malaria at community level.

Setting of the project

Abomey-Calavi/So-Ava health district is located in a malaria holoendemic area, near the lake Nokoué at the northwest of the city of Cotonou, Benin's economic capital. Cultural environment is influenced by "Voodoo" beliefs, with ancestral gods believed to be responsible of protection and well-being of the family. Malaria prevalence rises up to 24% in 2005, according to the national health statistics (MSP/Bénin 2006). The intervention village, Drabo, is located near Abomey-Calavi (9km) and is composed of three hamlets, with 1000 inhabitants in 2005.

Methods

The study design is quasi-experimental (pre-post, with a control village). An action-research was undertaken during 27 months (January 2005 till May 2007) using community participation and empowerment strategies, health education, and social and technical support. The intervention village (Drabo) was randomly selected among the seven villages interested in participating to the project. The control village (Drabo) was chosen because it matched several criteria: same district of health and geographical area, same culture and languages, same housing, and same distribution of age in under five children. In both villages, people agreed to participate to the project, and informed consent was given by the villages' chiefs.

Before the beginning of the project, an active screening of malaria (a systematic identification of malaria clinic and biologic signs) was carried out among the children under five (a census, $n_1=152$; $n_2=280$). Parents of those children who have fever have been interviewed in order to know their practices in regard of child fever. Besides, medical and health registers of health facilities used by the two villages were studied, and referral for malaria cases in under five children was identified for the years 2002 to 2004. In the intervention village (Drabo), in-depth individual and group interviews ($n_3=18$ families) were carried out, and eight ($n_4=8$) focus groups (FGs) were organized with the village inhabitants. Verbal autopsy has been used in order to identify children death caused by malaria during the year preceding initiation of the project (2004).

The intervention step started as the first author of this paper met with the village population (interviews, FGs and reflection about the results of the screening and the interviews). After a few weeks and as child malaria was acknowledged by Drabo's community and families as the main threat to children's health and life, the community of the three hamlets created a "steering Committee" composed of four women and five men, responsible for the execution of actions decided by the village assembly. Seven subprojects were decided upon and undertaken: 1. to organize early child fever treatment by mothers at home, including setting up and managing a stock of medicines, and education to early detection and adequate behaviour, 2. to start using preventive measures, such as buying, stocking and installing impregnated mosquito bed nets, 3. to set up a health micro insurance, 4. to start new common activities in order to improve financial resources of the community, 5. to start building a new kind of housing designed to improve protection against mosquitoes' bites, 6. to enable all children to attend school, 7. to improve adult literacy.

Besides, the steering committee accepted to organize and update a fever and death register. During the first year, the first author was often on the field, working to help, support, inform and create links and networks with the needed organizations outside the village (i.e. contacts, orders and management of bed nets and medicines). After that period, contacts were less frequent, depending on community needs and process observation visits. Participatory observation allowed to follow and understand the project's underlying dynamics (information exchange, involvement, dealing with difficulties, community consensus, and so on).

27 months after the beginning of the project, a second data collection step started. The project did not end, as the village and the steering committee had decided to carry on with this "new way" of dealing with lives and priorities. The same data as at the beginning of the project were collected, in both villages, intervention and control: Active screening of malaria ($n_5=142$; $n_6=268$), interview of parents of children who have fever, and the analysis of medical and health registers, covering a two years period (2005-2006). In the intervention village, individual/family in-depth interviews ($n_7=18$ families), as well as FGs and group interviews (with the steering committee mainly) were carried out. The causes of deaths in under five children were also analysed.

FGs were tape-recorded and transcribed from the local language into French. Also a comprehensive field notes were taken during these FGs directly in French. We compare them with the transcribed one within a period of one week in order not to lose any information and to also ensure that responses were not taken out of context. The in-depth interviews were manually read, classified by items, cross-referenced and compared with the FGs interviews to draw generalized views across the issues discussed as presented through the results. The quantitative data from pre and post intervention, and intervention and control village were compared, using chi-square (χ^2) of Pearson at the threshold of 0,05 and Fleiss' proportions comparison method (1981).

Results

At the intervention village level (Drabo)

Cognitive and behavioural individual and familial data

In-depth interviewees' characteristics: 18 families were interviewed at each step, but only 12 were the same at the beginning and at the end. Therefore, 24 families were followed through in-depth interviews. 14 are illiterates, seven primary school level and three high school level. Ten are housewives, seven farmers, and seven manual workers.

Table 1: Age and sex of children who participated in malaria screening in intervention and control villages

	Before intervention				After intervention			
	Dogodo (control)		Drabo (intervention)		Dogodo		Drabo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Age of children								
0-11 months	77	28	41	27	47	17	35	25
1-2 years	116	41	55	36	125	47	52	36
3-5 years	87	31	56	37	96	36	55	39
Total	280	100	152	100	268	100	142	100
Sex of children								
Male	154	55	78	51	133	50	81	57
Female	126	45	74	49	135	50	61	43
Total	280	100	152	100	268	100	142	100

Causal attribution of fever: before the intervention, six families gave correct causes and 15 after the intervention. *"We used to believe it was witchcrafts work, but now we understand it's the mosquitoes."* Detailed description of causal attribution and representations has been published elsewhere (Houéto et al. 2007).

Accessibility of care: after considering the burden and cost of having to go to a health facility, the steering committee had decided to have a community health worker (CHW) trained and appointed. As one person said: *"the distance is a heavy obstacle to a fast access to care. Hospital costs, added to transportation, prohibit good care."* After the intervention the same person said: *"To have good medicines close to us, and to have them at a cheaper price allows us to use them as needed and when needed, same thing with the bed nets."*

Preventive behaviour knowledge (e.g. to sleep under bed nets, have a clean environment): Pre-test data show that eight families know how to prevent mosquitoes bites whereas post-test results show an increase of 100%, with 16 families giving the right answers.

Health care seeking behaviour

Before the intervention, when fever occurred in children under five, parents' practices in the intervention village are as follow: 25% used the recommended medicines or attended hospital; 75% used ineffective self-medication; and 31% used herbal tea or visited traditional healers (table 2). In families in-depth interviewed, two would use the recommended medicines or attend hospital, nine would use ineffective self-medication, six would use herbal tea or visit traditional healers, and one would do nothing. At the end of the intervention, parents' practices are as follow: 83% used the recommended medicines or attended hospital; 17% used ineffective self-medication; and 10% used herbal tea or visited traditional healers (table 2). In families in-depth interviewed, 16 families would use correct medicines or refer their children to a hospital, and two still would use herbal tea or visit traditional healers. As one person put it: *"before, we*

used to give the child medicines and if the fever persisted, we would take him to a traditional healer. Now, we use the recommended medicines, because they are available and affordable, and because neighbours would laugh at us if we didn't give the right care to our children."

Table 2: Evolution of self-care behaviour (treatment of child fever) in the intervention village (Drabo)

	Before		After		Difference		P
	n	%	n	%	n	%	
a/ Malaria signs in intervention village children							
Present	52	34 [27-42]	29	20 [14-28]	- 23	- 14	0,008*
Absent	100	66 [58-73]	113	80 [72-86]	+ 13	+ 14	
Total	152	100	142	100			
b/ Treatments used in child fever cases							
Tablets	36	69 [55-81]	26	90 [73-98]	- 10	+ 21	0,037*
Herbal tea/lemon juice/no treatment	16	31 [19-45]	3	10 [2-27]	- 13	- 21	
Total	52	100	29	100			
c/ Tablets used in child fever cases							
Anti-malaria and antipyretics	24	67 [49-81]	23	88 [70-98]	- 1	+ 21	0,048*
Antipyretics only and other drugs**	12	33 [19-51]	3	12 [2-30]	- 9	- 21	
Total	36	100	26	100			
d/ Use of anti-malaria drugs in child fever cases							
Adequate	6	25 [10-47]	19	83 [61-95]	+ 13	+ 58	0,000*
Inadequate	18	75 [53-90]	4	17 [5-39]	- 14	- 58	
Total	24	100	23	100			

*= Significant; **Other=multivitamin, vermifuge

Community behaviour (related to the empowerment process)

Participant observation and group interviews showed a clear progressive development of competences and behaviour change. 1. People started to participate in meetings, decisions, get involved in activities related to the project and sometimes even oppose and discuss decisions (80% of the community inhabitants at the end of the intervention): *"progressively, we see some interest shown by individuals, especially the young people, willing to actively participate and even claiming to become members of the steering committee."* 2. Abilities to treat adequately child fever have improved, and therefore increased self esteem: *"We are proud of being able to talk about home treatment of fever without feeling guilty towards health professionals."* Abilities to identify and seek help from outside the community have been developed too, improving problem-solving competences: *"As soon as we acknowledge that we need new skills to do things, we call and seek those who can help us. In this respect, we are widening the range of our steering committee in order to share activities."* 3. Communication process: positive interaction, abilities to express divergent opinions with confidence, wide and free dissemination of useful information, and transparent decision processes have been developed. The steering committee acknowledges the need to make more efforts in matters of communication with the village members: *"Sometimes we do not succeed in reaching every family, and we need to make efforts in order for everyone to get the needed information on time."* 4. Common critical consciousness: Consciousness has risen. Collective: *"people are ready to collaborate with us to improve our strategy."* Social: *"we have decided to take action to lower the menace of fever, and even get more control on it in our village."* Political: accepting personal and collective responsibility in changing things: *"Organizing our environment does influence our future. This is why we want now all our children to go to school, so they can change things, and change the way we all think and solve our*

problems.” To be involved: “it is our duty to make this project succeed because its benefits are for all of us, and we will be pioneers in improving health of the village population.”

Prevalence of malaria related death in children under five

The incidence of children death lowered from 17 to 3 per year in the intervention village. Before the intervention, in 2004, 17 deaths occurred, among which 15 attributable to malaria. In 2005-2007 (2 years), 6 deaths occurred, and only 4 of them because of malaria.

Main differences between intervention and control villages

Active screening of under five child malaria: Table 1 shows socio-demographic data on children concerned with the screening (control = 280 children; intervention = 152).

Table 3: Evolution of self-care behaviour (treatment of child fever) in the control village (Dogodo)

	Before		After		Difference		P
	n	%	n	%	n	%	
a/ Malaria signs in the control village children							
Present	62	22 [17-27]	73	27 [22-33]	+ 11	+ 5	0,166
Absent	218	78 [73-83]	195	73 [67-78]	- 23	- 7	
Total	280	100	268	100			
b/ Treatments used in child fever cases							
Tablets	41	66 [53-78]	40	55 [43-66]	- 1	- 11	0,205
Herbal tea/lemon juice/no treatment	21	34 [22-47]	33	45 [34-57]	+ 12	+ 11	
Total	62	100	73	100			
c/ Tablets used in child fever cases							
Anti-malaria and antipyretics	35	85 [71-94]	37	93 [80-98]	+ 2	+ 8	0,253
Antipyretics only and other drugs*	6	15 [6-29]	3	7 [2-20]	- 3	- 8	
Total	41	100	40	100			
d/ Use of anti-malaria drugs in child fever cases							
Adequate	3	09 [2-23]	6	16 [6-32]	+ 3	+ 07	0,268
Inadequate	32	91 [77-98]	31	84 [68-94]	- 1	- 07	
Total	35	100	37	100			

*Other= antibiotics

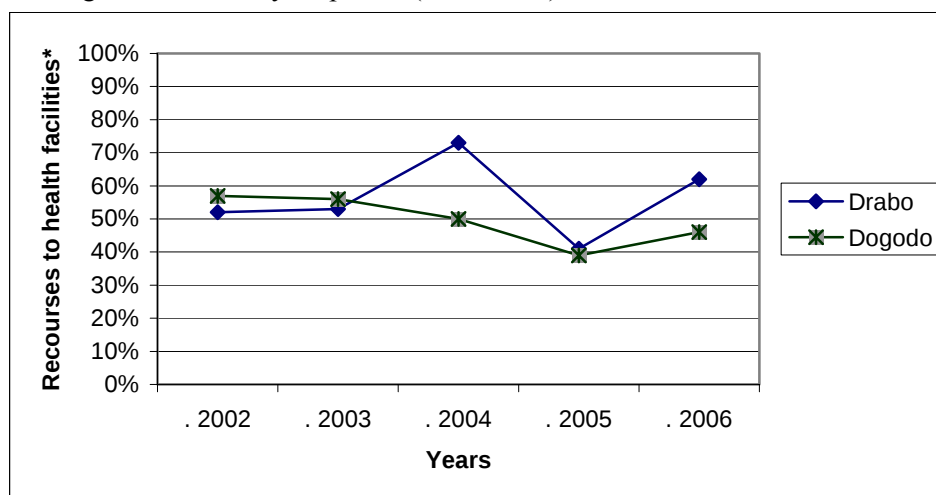
Parental behaviour in case of fever: Tables 2b and 3b show the differences of used treatments in case of children fever. Types of medicines are presented in tables 2c and 3c. The use of anti-malaria drugs is shown in tables 2d and 3d. Statistically significant differences ($p=.001$) are found between intervention and control village, regarding the treatments used in each village after the intervention period. The difference in the use of anti-malaria drugs is also significant ($p=.0000$).

Health data: The evolution of the prevalence of fever and other malaria signs, in intervention and control villages, before and after the intervention period, are presented in tables 2a and 3a. Malaria signs have decreased in the intervention village (-14%) and increased slightly in the control village (+5%). Differences found between control and intervention are statistically significant (estimated relative difference $pe=.18$; standard error $se=.036$; $p<.0001$).

Medical registry data also show some interesting effects, such as an increase of the recourses to health facilities (in case of aggravation or absence of effectiveness of the early treatment) (Figure 1). Figure 2

also shows a decrease of severe cases of fever in the intervention village (-8%) because parents are using adequate medicines and dosages with the project and increasing the recourses to health facilities.

Figure 1: Evolution of the recourses to health facilities in the intervention (Drabo) and control (Dogodo) villages, over a five-year period (2002-2006)



* Number of cases per person-year

Discussion

The importance of observed positives changes in the intervention village (Drabo)

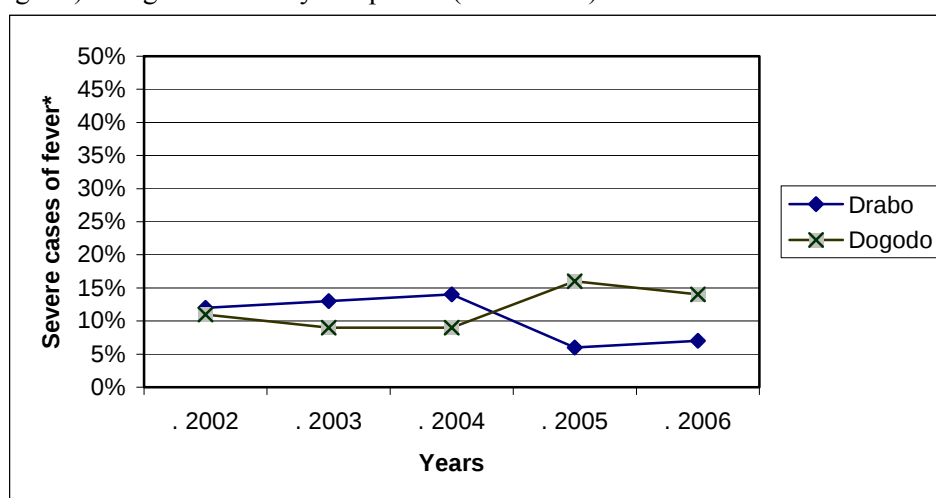
In less than three years, changes have been observed at various levels. Because of their short and long term consequences, some aspects of these changes and actions seem important to point out. 1. There has been no classical traditional health education “top down” actions, and no traditional means of explaining or teaching population about child fever. Instead, a participatory method was used based upon discovery and exchange of knowledge and know-how. As one inhabitant said: “*we have now found a new path for our village. Now we are sure that witchcraft has nothing to do with our children fever.*” In other words, the use of a participation-negotiation process in a mutual understanding of situation has really helped in consciousness rising within the community (Baker & Teaser-Polk 1998; Raeburn & Corbett 2001; Raeburn & Rootman 1998; Wyss et al. 1998). More than intellectual or practical knowledge, representations and appropriation of knowledge were found to be effective and useful. 2. Besides, as the intervention was tailored to meet the needs defined by the community itself, it concerned various aspects and actions: building and acquiring common tools and common resources, common farm, training a community health worker, ensuring school access to children, stock management of medicines etc. 3. The health promotion aspect influenced knowledge and individual and collective health abilities, action over physical and social environment, and local policy process, linking health to other points of concern.

The results obtained in this project may be explained by the simultaneous presence of five factors:

- the problem of child fever has been quickly acknowledged as a priority by the community (Israel et al. 2005; Ninacs 2003; Raeburn & Rootman 1998);
- the early involvement of the community, obtained by letting people ensure control over their lives, both in identifying problems and in building appropriate local solutions, as recommended by “community based participatory action-research” (Israel et al. 2005; WHO 1986; 2005a; Raeburn & Corbett 2001);
- free expression of opinions, points of view and ideas, for all inhabitants, particularly for women. Therefore women were able to make useful proposals which were then put into action despite their traditional status in these communities (Ninacs 2003; Raeburn & Rootman 1998);
- a good knowledge of local culture and language by the first author himself, allowing a facilitating social proximity and avoidance of directivity in the intervention;
- the limited role of the first author which was to stay as a resource-person, a helper, able to let go as soon as the community started to take control over things and actions (Baker & Teaser-Polk 1998; Wyss et al. 1998).

In other words, in order to contribute to the management, prevention and appropriate care of child malaria, this project focused on a multiple approaches strategy, socio-anthropological, clinical, behavioural and political, as it is recommended in the “Health Promotion” concept (WHO 1986; 2005a).

Figure 2: Evolution of severe fever cases received in health facilities for intervention (Drabo) and control (Dogodo) villages on a five years period (2002-2006)



*Severe cases of fever per number of fever cases received

Implications for SSA malaria control programmes

First, this project confirmed the interest of integrating social representations and perceptions of population (Baume 2002; Houéto et al. 2007; Jones & Williams 2004; Williams & Jones 2004). Then, this study reminds us of the importance to let communities build their own solutions, more feasible and making sense (Raeburn & Rootman 1998). Even though it was difficult to let medical and health expertise aside, it was important to avoid a “top-down” approach, and to keep a role of helper and support (Baker & Teaser-Polk 1998; Wyss et al. 1998). Such a role is uneasy to play, especially for professionals usually trained to act directly on patients and problems, without letting people search for and find solutions. This raises questions about power relationships, training of health professionals, and reorganization of health systems and policies, usually oriented towards disease management. Last, health systems and professionals should aim at the improvement of global health (including disease and illness) rather than dealing only with diseases (WHO 1986; 2005a).

Limits of the study

Methodological limitations have risen during the planning of the project. Several villages, chosen at random, could have been included both in intervention and control groups. But the chosen process (community participation) made it very difficult because it was time consuming. In the next years, the project will be extended to other villages, because the present project has created expectations in near villages, now willing to start something, with the help of the intervention village (Drabo). The challenge is now to find resources allowing a larger project to take place.

Conclusion

This project, in its process, used the people-centred health promotion approach, taking into account the perceptions and representations they have about fever in children. The “power” so conferred on the partner community aroused its profound commitment through its participation in the life of the project. The community took the initiatives of the management of the project as regards its development, follow-up and evaluation through several activities considered by its members as their priorities. This enables the community members to modify their causal attributions of child fever, their preventive and self-care behaviour, and their care seeking behaviour. A reduction of the severe malaria cases in children and of infant mortality due to malaria was observed. This study confirms, on a small scale, the hypotheses of several other previous publications related to the place and the importance of the community participation (and empowerment) in child malaria control. Our wish is that other pilot experiments be carried out in several different other contexts and on a larger scale, in order to confirm the place and the weight of factors and processes which contribute to the improvement of malaria control programs in SSA.

Acknowledgements

The authors wish to thank the Commissariat Général aux Relations Internationales (CGRI) of the french speaking community of Belgium for its financial support to this project. Many thanks too to the authorities of the Republic of Benin for their administrative and practical support to the implementation of this project.

References

- Adongo PB, Kikwood B & Kendall C (2005) How local community knowledge about malaria affects insecticide-treated net use in northern Ghana. *Tropical Medicine and International Health*, **10**(4), 366-378.
- Alilio MS, Kitua A, Njunwa K et al. (2004) Malaria control at the district level in Africa: the case of the Muheza district in north-eastern Tanzania. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, **71**(Suppl 2), 205-213.
- Baker EA & Teaser-Polk C (1998) Measuring community capacity: where do we go from here? *Health Education and Behaviour*, **25**(3), 279-83.
- Baume C (2002) *Comparing care-seeking for childhood malaria: lessons from Zambia and Kenya*. Arlington, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia.
- Bryce J, Terreri N, Victora CG, Mason E, Daelmans B, Bhutta ZA, et al. (2006) Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet*, **368**, 1067-76.
- Claux R & Gélinas A (1982) Systémique et résolution de problèmes, selon la méthode des systèmes souples. L'Agence d'Arc Inc, Montréal.
- Fleiss JL (1981) *Statistical Methods for Rates and Proportions*. Second ed. John Wiley and Sons, New York.
- Houéto D, D'Hoore W, Ouendo EM et al. (2007) Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. *Sante publique*, **19**(5), 363-372.
- Israel BA, Eng E, Schulz AJ et al. (2005) Introduction to methods in community-based participatory research for health. In *Methods in community-based participatory research for health* (eds BA Israel, E Eng, AJ Schulz et al.) Jossey-Bass, San Francisco, CA, pp. 3-26.
- Jones COH & Williams HA (2004) The social burden of malaria: what are we measuring? *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, **71**(Suppl 2), 156-161.
- Lapeyre L (2006) Objectifs du Millénaire pour le développement : outils de développement ou cheval de Troie des politiques néolibérales ? *Alternatives Sud*, **13**-2006 (1), 9-26.
- Lengeler C (2005) *Insecticide-treated bed-nets and curtains for preventing malaria*. Cochrane Datab Sys Rev CD000363.
- Lopez A (2000) Reducing child mortality. *Bulletin of the World Health Organisation* **78**, 1173-1178.
- Ministère Béninois de la Santé Publique (MSP/Bénin) (1995-2004) *Annuaire des statistiques sanitaires 1993-2003*. SNIGS / DPP / MSP.
- Ministère Béninois de la Santé Publique (MSP/Bénin) (2006) *Annuaire des statistiques sanitaires 2005*. SNIGS / DPP / MSP.
- United Nations (2000) Millennium Development Goals. United Nations General Assembly. New York, 6-8 September 2000.
- Ninacs WA (2003) *Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire*. La clé (La coopérative de consultation en développement), Québec (Canada).
- Nsungwa-Sabiiti J, Källander K, Nsabagasani X, et al. (2004) Local fever illness classifications: implications for home management of malaria strategies. *Tropical Medicine and International Health*, **9**, 1191-1199.
- Organisation Mondiale de la Santé (2002) L'OMS préconise de nouvelles thérapies anti-paludiques en Afrique. Consulté le 25 février 2004 au http://www.esculape.com/infectio/palu_oms-2002.html.
- Raeburn J & Corbett T (2001) *Community development: How effective is it as an approach in health promotion?* Paper prepared for the Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion, University of Toronto, May 28-30, 2001.
- Raeburn J & Rootman I (1998) *People-Centred Health Promotion*. Chichester (England): John Wiley & Sons.
- Snow RW, Guerra CA, Noor AM et al. (2005) The global distribution of clinical episodes of *Plasmodium falciparum* malaria. *Nature* **434**, 214-217.

- Vanasse, A. (2000). *Représentations de la santé : activité physique et tabagisme*. Thèse de doctorat en santé publique, option éducation pour la santé, Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.
- Victora CG, Huicho L, Amaral JJ, et al. (2006) Are health interventions implemented where they are most needed? District uptake of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in Brazil, Peru and the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organisation* **84**, 792-801.
- White NJ (2005) Intermittent presumptive treatment for malaria. *PLoS Med*, **2**(1), 29-33.
- Williams HA & Jones COH (2004) A critical review of behavioral issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: what contributions have social scientists made? *Social Science and Medicine* **59**, 501–523.
- World Health Organization (1978) Primary Health Care declaration (PHC). Alma-Ata.
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. First international conference on health promotion, Ottawa, Ontario, Canada, 21st November 1986.
- World Health Organization (2000) *The African summit on Roll Back Malaria*, Abuja, Nigeria. Geneva (WHO/CDS/RBM/2000.17).
- World Health Organization (2005a) *The Bangkok Charter for health promotion in a globalized world*. Sixth international conference on health promotion, Bangkok, Thailand, 11th August 2005.
- World Health Organization (2005b) *World Malaria Report 2005*. Available at: <http://rbm.who.int/wmr2005> (accessed September 2006).
- Wyss E, Whitney B & Betts M (1998) The promotion of participatory methods for group events in Zambia: a process evaluation report for UNICEF 1994-1997. *Evaluation and Program Planning*, **21**, 363-375.
- Young M (1995) *Investing in Young Children*. Rep. 275. World Bank, Washington, DC.