

Troisième partie

Discussion générale

Chapitre 7 : Considérations méthodologiques et limites de l'étude

Chapitre 8 : L'empowerment communautaire et la participation des parents
dans la lutte contre le paludisme de l'enfant

*« La santé ... suppose la participation de nombreux secteurs
socioéconomiques autres que celui de la santé. »*

Déclaration d'Alma Ata, OMS, 1978

*"Medicine is a social science and politics
is nothing but medicine writ large!"*

Virchow, 1848

Introduction

Le paludisme fait l'objet de plusieurs écrits montrant l'évolution actuelle des connaissances avec les possibilités de lutte qui se sont révélées efficaces dans la région ASS (Article 1 ; Gyapong & Garshong, 2007). Cependant, le constat reste que la prévalence de la maladie continue de se maintenir à un niveau très élevé et parfois connaît un accroissement dans certaines régions (MS/Bénin, 1997-2006 ; Nafo-Traoré, 2005 ; Mwenesi, 2005). De ce fait, la part des autres secteurs non-sanitaires ainsi que celle des communautés dans la lutte contre le paludisme a été reconnue et confirmée par plusieurs expériences (Jaffre, 2003 ; Jones & Williams, 2004 ; Williams et Jones, 2004 ; Mwenesi, 2005). Pourtant à ce jour, aucune étude ne s'est intéressée encore au rôle que pourrait jouer la communauté parlant de son empowerment comme le font remarquer Raeburn et Rootman (1998) dans d'autres secteurs d'intervention communautaire. En effet, la participation des communautés dont il est question dans les programmes de lutte contre le paludisme, n'est pas de nature à conférer à ces dernières ce pouvoir de prendre en charge, suivant leur logique, la question du paludisme (Jones & Williams, 2004 ; OMS, 1994). Penser en termes de participation et d'empowerment des communautés dans la lutte contre le paludisme, revient à adopter le concept de Promotion de la Santé (PS) qui, de par ses stratégies, met la communauté au centre de l'action et dans un processus de repositionnement du pouvoir qui est clairement de son côté (Raeburn & Rootman, 1998). En ASS, le fait que la PS est très mal connue (Gnahoui et al., 2005 ; Houéto, 2006 ; Nyamwaya, 2003 ; Ridde & Seck, 2006) est certainement une des explications que cette manière de considérer la lutte contre le paludisme n'a jamais encore été abordée.

Notre étude a justement pris essentiellement en considération les principes tels que la participation, l'empowerment, le contextualisme, la multistratégie et le multisectorialisme (WHO/EUR, 1998), pour organiser dans le village pilote la lutte contre le paludisme de l'enfant. Nous avons ainsi pu montrer que les populations ont adhéré à cette lutte, l'ont organisé par elles-mêmes et les résultats en ce qui concerne les traitements adéquats des cas de fièvre des enfants dans les 24 heures, l'acquisition et l'utilisation des moustiquaires imprégnées, le recours aux soins modernes, la réduction des cas graves de paludisme et la mortalité palustre, sont encourageants. L'accessibilité géographique et financière des soins, telle qu'organisée par la communauté, a contribué à la mise en place d'une situation d'équité en matière de la prise en charge du paludisme. Egalement, malgré le « *retrait* » de l'équipe de recherche, les activités se sont poursuivies, la communauté ayant « *obtenu le pouvoir* » de gérer par elle-même son problème de fièvre. Elle a pu se lancer sur d'autres aspects de développement du village, tels que le développement d'un nouveau modèle d'habitat, l'installation d'une fontaine d'eau potable qui sont à mettre sur le compte de la dimension sociale de l'empowerment (Cowen, 2000 ; Ristock & Pennell, 1996). Ceci est une forme d'appropriation de l'action qui pourrait durer dans le temps (durabilité/pérennité). L'équité et la durabilité/pérennité s'ajoutent aux cinq principes en début de paragraphe pour constituer les sept principes/valeurs qui identifient une action à la PS selon l'OMS (WHO/EUR, 1998).

Au moment de rédiger ces conclusions, il a été publié le 29 août 2007 sur un site, le résumé d'une expérience d'un an, proche de la nôtre et qui a porté sur des communautés au nord du Bénin (Badarou, 2007). Son initiateur rapporte des résultats encourageants de

comportements de protection adéquats chez des femmes et des enfants ayant été accompagnés dans une logique de développement de « *compétences communautaires* ». Il a pu observer une amélioration du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant accès à un traitement rapide et adéquat dans les 24 heures suivant l'apparition de la fièvre qui est passé de 38 à 88% ; le pourcentage de ménages disposant de moustiquaires imprégnées, est quant à lui, passé de 20 à 62%. Ceci confirme les résultats que l'on peut obtenir par ce type d'approche, et montre à nouveau la nécessité d'adopter des actions visant la participation communautaire dans le cadre de la lutte contre le paludisme en général et celui de l'enfant en particulier.

Pour cette première expérience de l'application de la PS à la lutte contre le paludisme, et malgré toute notre attention à mener cette étude dans le respect des consignes méthodologiques, nous nous devons de mentionner, par rigueur scientifique, les biais ou effets qu'une telle étude innovante a pu générer. Nous les aborderons avant de discuter nos résultats. L'essentiel des aspects à discuter se trouve dans les différents articles (3-9). Nous en présentons ci-après une synthèse, à travers successivement : l'empowerment communautaire, la participation des parents et le défi du paludisme de l'enfant ; la nécessité de redimensionner les stratégies actuelles de lutte en les positionnant à l'échelle communautaire ; la place de la promotion de la santé dans la lutte contre le paludisme de l'enfant ; les compétences communautaires dans la gestion du paludisme de l'enfant ; les limites et conditions favorables à l'empowerment communautaire, et ; les implications politiques de l'empowerment communautaire et la participation des parents dans la lutte contre le paludisme de l'enfant.

7.1. Le dispositif de l'étude et la problématique de la causalité

Le dispositif de notre étude est celui quasi-expérimental pré-post, pilote-témoin d'une intervention de type « complexe ». Selon Campbell et al. (2000), une intervention est dite complexe quand elle comporte en son sein plusieurs composantes. En effet, du fait de leur complexité, les interventions en promotion de la santé, comme c'est le cas dans notre étude, font intervenir plusieurs facteurs pouvant expliquer les résultats (Backwood, 2006 ; Campbell et al., 2007 ; Syme, 2004). Le Tableau 22 donne quelques exemples d'interventions complexes (Campbell et al., 2000). Holland (1986), quant à lui, reconnaît que « ... est cause, seulement tout ce qui peut être considéré, **en principe**, comme traitement dans un processus expérimental ». Il s'empresse de signaler que des considérations, parmi lesquelles celles d'ordre pratique ou éthique, rendent impossible l'expérimental et donne toute sa force au terme « *en principe* », conduisant à l'acceptation des études d'observation pour tirer des implications causales. Holland (1986) conclut « *I believe that the notion of cause that operates in an experiment and in an observational study is the same. The difference is in the degree of control an experimenter has over the phenomena under investigation compared with that which an observer has.* » Plus particulièrement, les interventions communautaires visant le transfert de pouvoir dans le sens de la PS, nécessitent la *volonté* de l'action de la communauté partenaire et une certaine *implication de l'investigateur* dans le but de motiver cette « *prise de pouvoir* » (Campbell et al., 2000 ; Green & Tones, 1997 ; Kemm, 2006 ; Speller et al., 1997). Il est ainsi difficile, dans une étude comme la nôtre, de garder une certaine distance et « neutralité » vis-à-vis de la communauté d'étude en termes d'interaction et d'influence des résultats, à travers son dispositif et son évaluation. L'objectif même d'une intervention de ce genre étant évidemment de susciter au niveau de la communauté, la prise de pouvoir à travers le comportement de l'investigateur.

7.2. Les différents biais ou effets possibles de l'étude

Dans le cadre de la présente étude, certains phénomènes peuvent expliquer certains résultats observés. Selon le cas, ils seront positifs ou négatifs. En dehors des biais classiques qui sont possibles et que ne sont pas nécessairement ces phénomènes, ces derniers sont plutôt de l'ordre des effets qui auront influencé dans un sens ou dans un autre les résultats de l'étude. Nous les passons en revue dans les sous-chapitres qui suivent.

7.2.1- Effets d'échantillonnage

Cette étude n'a porté que sur deux villages de deux communes d'un même département que nous avons choisis sur la base d'un certain nombre de critères de ressemblance. Le recensement des enfants de moins de cinq ans dans les villages pilote et témoin, tout en étant dans la même période, ne s'est pas déroulé simultanément et exactement aux mêmes dates. Les interviews individuelles et de groupe dans le village pilote se sont limitées à des nombres relativement restreints en début et fin d'intervention. Le choix raisonné et le nombre de professionnels de la santé interviewés, sont autant d'occasions de biais qui ne nous permettent pas d'aller à une généralisation des résultats à tout le département voire à tout le pays. La notion de contexte-dépendant en PS n'est d'ailleurs pas en faveur d'un tel exercice

de généralisation, mais plutôt comme nous le verrons dans le sous-chapitre 8.5, en faveur d'une transférabilité.

Tableau 22 : Exemples d'interventions complexes

Types d'interventions	Exemples
Organisation et prestation de service	Unités de soins des Accidents Vasculaires Cérébraux Soins à domicile
Interventions communautaires	Programmes à base communautaire pour la prévention des maladies cardio-vasculaires Approches de développement communautaire pour l'amélioration de la santé
Interventions de groupe	Psychothérapies de groupe ou stratégies de changement de comportement Interventions en milieu scolaire : ex. réduction du tabagisme ou de la grossesse des adolescentes
Interventions orientées vers des individus	Interventions de promotion de la santé pour réduire la consommation de l'alcool ou le soutien à un changement diététique

Campbell et al., 2000

7.2.2- Effets d'information (interview, langage)

Le chercheur principal connaissait la langue locale des deux communautés étudiées. Cependant, les autres agents de collecte ne connaissaient pas tous, la langue et, malgré les explications données à l'étape de formation avant les opérations de collecte, il n'est pas à exclure des erreurs de communication, de traduction des guides et questionnaires qui sont en français, et de transcription des réponses des enquêtés. Les réponses proposées par les professionnels de la santé aussi bien que celles des communautés pourraient avoir été entachées du sentiment de désirabilité sociale (Krause et al., 1998). Cependant, la taille restreinte des interviewés et le petit groupe des agents de collecte que nous avons constitué en étant en interaction toute la période des collectes de données, sont de nature à minimiser ces risques de biais d'information. Quant aux professionnels de la santé, la concordance des réponses malgré la diversité des profils et des lieux d'exercice constitue une preuve que les biais d'information ont pu être minimisés.

7.2.3- Effets de mémoire

Nous avons fait appel à la mémoire des personnes interviewées dans les communautés d'étude par exemple quant aux signes du paludisme de leurs enfants dans les 72 heures avant notre passage. Ce temps est relativement court et comporte moins d'erreurs de rappel (Roberts et al., 1996). Cependant, nous ne saurions exclure ce biais, car parfois ce sont seulement les signes graves qui sont les plus gardés en mémoire par les gens (Linder, 1965). A des moments donnés nous avons fait appel à des événements datant de plus de deux semaines alors que les événements mineurs sont moins reportés au bout de deux ou

d'une semaine (Martorell et al., 1976 ; Roghmann & Haggerty, 1974). Toutefois, la concordance observée entre les informations des parents et celles issues des centres de santé par rapport à la prévalence de la fièvre, montrant la faible fréquentation des formations sanitaires, est de nature à penser à une réduction de ce biais dans l'étude.

7.2.4- Effets d'observation

L'observation directe de la communauté pilote par l'auteur pourrait avoir influencé, au moins pendant quelques temps, l'engagement positif de ses membres impliqués dans les activités du projet et a pu influencer positivement la qualité des résultats de l'étude en ce qui concerne la participation communautaire et l'adhésion aux principes du projet, par exemple. Cependant, la persistance de la motivation de la communauté en dehors des moments où l'auteur était absent voire dans la suite du projet, sont de nature à indiquer que les biais d'observation directe n'ont pas eu véritablement d'influence sur les résultats.

7.2.5- L'importance de la triangulation dans l'étude

7.2.5.1- Validation par les méthodes

En combinant plusieurs méthodes dans notre étude, nous étions animé par l'idée d'apporter des résultats qui souffrent le moins possible d'invalidité interne. Ainsi les résultats issus des différentes méthodes peuvent se compléter ou se contredire et servir, de ce fait, de moyen de validation et de crédibilité des données recueillies (Malterud, 2001). En exemple, les résultats obtenus à partir des dépistages actifs du paludisme relatifs aux pratiques des parents, nous sont confirmés par les interviews individuelles approfondies et de groupe. L'amélioration des pratiques des parents en matière de prise en charge de la fièvre de l'enfant pouvait se noter à la fois par l'évolution des stocks de médicaments, la diminution de la mortalité signalée par la communauté, le registre tenu par la communauté, mais également par la réduction des cas graves de fièvre constatée dans les centres de santé fréquentés par la communauté.

7.2.5.2- Validation par les actions

Dans ce même souci de coller aux réalités de la communauté pilote, nous avons, dans le processus de l'intervention, cherché à valider les données recueillies avant l'élaboration et la mise en route de l'action. Ce fut le cas par exemple pour la restitution de l'étude de base. Ce processus a non seulement contribué au développement de la confiance de la population à l'endroit du chercheur et en conséquence, une certaine motivation pour l'action ainsi que la durabilité, mais également à la validité interne de l'étude. Il s'agit, dans le principe de la méthodologie de recherche-action participative à base communautaire, d'un aspect d'importance pour la production des résultats qui sont de l'ordre de l'appropriation par la communauté partenaire de l'intervention et nécessaires pour l'impact et la pérennisation (Israel et al., 2005 ; Minkler & Wallerstein, 2003 ; Raeburn & Rootman, 1998).

7.2.6- Le rôle du chercheur dans l'obtention des résultats

Dans notre étude, nous nous sommes particulièrement investi à être disponible à côté de la communauté pilote 13 mois sur les 27 que le projet a duré à raison d'une moyenne de deux visites par mois. Il s'est agit d'un accompagnement d'intensité décroissant dont la communauté a reconnu la particularité en ce sens que les méthodes et les moyens utilisés

par le chercheur n'étaient pas nécessairement ceux des projets selon que c'est la pratique dans le pays. Il est de ce fait difficile d'affirmer que les résultats de la présente étude ne portent pas une coloration de l'engagement affiché du chercheur. Cet aspect est moins préoccupant à notre avis, car selon que nous l'avons mentionné dans la description de l'intervention au chapitre 4 et dans la première partie de ce chapitre, le chercheur dans le cas d'espèce, se doit d'être dans une situation qui favorise la « *prise de pouvoir* » par la communauté. C'est pour cette raison que nous nous proposons de présenter dans le sous chapitre qui suit, une clarification quant au rôle de l'intervenant dans le processus d'empowerment communautaire. L'autre aspect qui est à craindre, est notre subjectivité dans l'interprétation des résultats, car en matière de recherche qualitative, la subjectivité du chercheur constitue une des menaces à la validité des résultats (Hegelund, 2005). C'est pour y remédier que nous avons procédé à la triangulation des résultats obtenus par plusieurs méthodes comme le recommande Malterud (2001). Nous croyons avoir minimisé les biais de cet ordre surtout pour avoir combiné dans l'étude des perspectives clinique, biologique, anthropologique et socioculturelle (Sachs & Tomson, 1992).

7.3. Le rôle de l'Intervenant dans le processus d'empowerment communautaire

Comme l'a signalé Boyte (1989), l'empowerment communautaire dans sa forme « *contrôle ou maîtrise communautaire* » n'a pas besoin d'accompagnement de professionnels. La communauté est à ce moment-là capable de se prendre en charge et de faire face à toutes ses difficultés dans le cours de l'action visant son développement. Il s'agit là d'une étape dans le processus d'empowerment où des populations qui sont encore dans une situation de *powerlessness* et qui ont besoin d'un « *déclencheur* » (interne ou externe), ne sont pas encore arrivées (Wallerstein & Bernstein, 1994). C'est dans ce cadre que l'intervenant se doit de jouer un rôle, tout en ayant présent à l'esprit, l'objectif d'autonomie et du pouvoir à conférer à la communauté partenaire. En cela, Arole et al. (2004) conseillent que les professionnels s'engageant dans le processus d'empowerment se doivent d'abord et avant tout de considérer leur rôle qui ne sera plus celui traditionnel de « *provider* » (pourvoyeur), mais plutôt celui de « *enabler* » (facilitateur).

Dans la figure 4 (page 46) résumant notre intervention, nous avons montré, à l'aide d'une spirale, l'expansion continue de la communauté pendant que le chercheur devenait progressivement « *invisible* ». La figure 7 ci-dessous montre le rôle de la communauté en ce qui concerne ses compétences dans l'action pendant que l'intervenant prend de la « *distance* » en gardant un rôle de référent. Ce rôle de référent est appelé, avec le temps, à s'estomper comme le souligne Boyte (1989). Selon McFarlane et Fehir (1994), le temps nécessaire pour que la communauté prenne cet envol total pourrait être de l'ordre de deux à cinq ans. Nous pensons, en ce qui nous concerne que ce temps dépendra aussi du niveau initial de *powerlessness* de la communauté, de sa volonté de changer sa santé et sa qualité de vie et également de la force du rôle de l'intervenant mettant réellement le pouvoir entre les mains de la communauté (Raeburn & Corbett, 2001). Selon Arole et al. (2004) et Raeburn et Rootman (1998), le rôle de l'intervenant, pour atteindre cet objectif, devra se situer dans la logique d'un accompagnateur et un conseiller qui favorise le contrôle communautaire à travers trois lignes d'action (voir le chapitre 3) :

- Veiller à ce que les interventions (ou programmes) de santé s'inscrivent dans le cadre de la santé et du bien-être global des populations concernées, tout en visant un contrôle communautaire dès leur élaboration ;
- Soutenir les initiatives de développement communautaire qui concourent à l'amélioration de la qualité de vie des populations partenaires ;
- Veiller au développement des compétences et aptitudes communautaires.

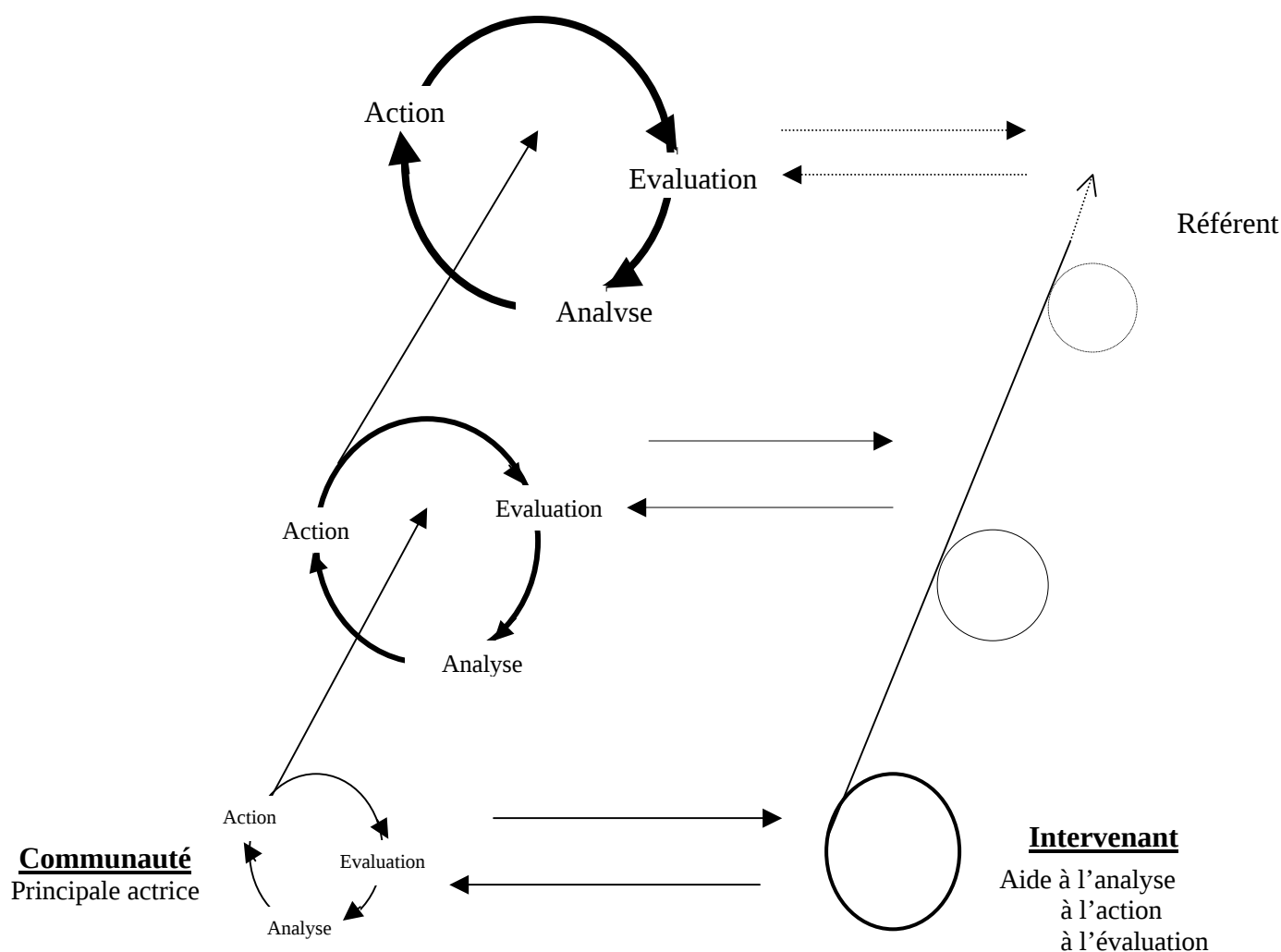


Figure 7 : Représentation du rôle de la communauté et de l'intervenant dans le processus de l'action basé sur l'empowerment (adapté de Arole et al., 2004)

Chapitre 8 : L'empowerment communautaire et la participation des parents dans la lutte contre le paludisme de l'enfant

8.1. L'empowerment communautaire, la participation des parents et le défi du paludisme de l'enfant

A travers la présente étude, nous avons observé que la participation active des populations dans la mise en place et la gestion du projet a permis d'obtenir un changement dans les perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant. Ce changement a permis, à son tour, aux parents de recourir aux soins adéquats, que ce soit à domicile ou au centre de santé. Ce comportement des parents face à la fièvre de l'enfant et, du fait de l'intérêt du recours précoce aux soins pour un traitement efficace du paludisme chez l'enfant (Greenwood et al., 2005), a conduit à une réduction des cas graves et de la mortalité due à cette affection. Ces résultats, comparés à ceux obtenus dans le village témoin, se sont révélés, pour la plupart, statistiquement significatifs. Ils confirment ceux obtenus à partir des interventions communautaires que nous rapportons dans l'Article 1. Par ailleurs, la communauté, à partir de la problématique de la fièvre, s'est engagée dans un processus de développement local, à travers la modernisation de l'habitat pour la prévention contre le paludisme et la mise en place d'infrastructures socio-communautaires. Pour avoir été au centre de l'action, la communauté a pu continuer les activités entreprises et dans le même esprit de partage des connaissances et des aptitudes, malgré la fin officielle du projet.

Ces différents résultats confirment l'intérêt qu'ont les programmes à impliquer les communautés, pour le cas d'espèce, dans la lutte contre le paludisme en général et celui de l'enfant en particulier (Adongo et al., 2005 ; Gyapong & Garshong, 2007). La participation de la communauté dans cette intervention a pris des formes particulières, basées sur la demande de la communauté, telles que le conditionnement des médicaments tenant compte de la dose suffisante pour l'enfant et en conséquence de l'accessibilité financière du traitement pour les parents (Tableau 15). Un autre aspect de la participation communautaire a été celui de l'appropriation par la communauté de la notion de dose et de durée dans le traitement de la fièvre de l'enfant, conséquence du changement des perceptions causales de la fièvre de l'enfant (Article 6). Ainsi, utilisant les mêmes médicaments mais à partir d'une collaboration de type coopération avec la communauté, l'intervention a conduit à des résultats meilleurs. Ces résultats positifs de cette participation communautaire, trouvent leur originalité dans un aspect fondamental qui est celui de conduire à l'autonomie (empowerment) de la communauté partenaire (Metzler et al., 2007 ; Raeburn & Rootman, 1998). En effet, la participation en soi est insuffisante pour amener à l'appropriation d'un projet si elle ne conduit pas à l'empowerment (Lord, 1993 ; Wallerstein, 2006).

Ainsi, ce processus de participation qui a amené à conférer à la communauté le pouvoir de contrôler la gestion de la problématique de la fièvre, permet de se rendre compte que les populations ont la capacité d'assurer ce rôle. L'appropriation de l'action, qui plus est, a suscité en elle (la communauté) la prise de plusieurs initiatives parmi lesquelles celle de la supervision de l'observance thérapeutique et du déparasitage systématique. Il s'agit là, comme nous l'avons mentionné dans le chapitre consacré aux résultats, du développement du capital communautaire qui amène, le comité à des actions visant les personnes à faible

pouvoir individuel, mais également la communauté à travers la pression qui est désormais faite sur les parents dont les enfants contractent la fièvre, d'aller immédiatement aux soins soit chez l'AVS ou au centre de santé. Les Articles 1 et 2 ainsi que le chapitre sur l'Intervention (chapitre 4) donnent les détails de ce processus dans notre projet. Nous sommes porté à affirmer, comme Raeburn et Rootman (1998, p65, 81) et Bent (2003) que les populations connaissent mieux la définition de leur santé que quiconque. Elles sont à même de la gérer si et seulement si on leur offre les possibilités de le faire, car « *elles savent ce qu'elles veulent* ». Une des implications de cette affirmation, à notre avis, est que toute tentative de vouloir contribuer à l'amélioration de la santé des populations sans rechercher leur véritable participation et empowerment est vouée à l'échec (Metzler et al., 2007 ; Raeburn & Corbett, 2001). C'est le moins qu'on puisse dire avec la situation du paludisme en ASS (Alilio et al., 2004 ; Jones & Williams, 2004 ; Williams & Jones, 2004 ; Mwenesi, 2005). Cette affirmation n'est d'ailleurs pas quelque chose de nouveau si on considère une série de déclarations (Tableau 23) faites sur le demi-siècle en cours par l'OMS et d'autres organismes internationaux qui ont mis l'accent sur la notion de « *la population au centre de l'amélioration de sa santé et du développement* » (WHO, 2006). Les principales valeurs qui se dégagent de cette notion que portent ces déclarations sont : *la participation ; l'empowerment ; le rôle central de l'individu, la famille et la communauté dans un quelconque processus de développement et ; l'élimination de toutes formes de discrimination y compris celle du genre.*

Tableau 23 : Quelques déclarations internationales entre 1978 et 2000.

Années Déclarations

1978	Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires
1987	Initiative de Bamako
1997	Déclaration de Harare de l'OUA sur la prévention et la lutte contre le paludisme
1999	Déclaration de Copenhague pour le développement social
2000	Déclaration d'Abuja sur le projet « Faire reculer le paludisme »
2000	Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire

OUA : Organisation de l'Unité Africaine

Il va sans dire, que la question du paludisme, plus que toutes autres maladies, dont les racines sont bien ancrées dans le contexte socioculturel des victimes avec une implication profonde sur leur développement, et dont les moyens préventifs et curatifs adéquats sont disponibles, a beaucoup à gagner à s'en remettre aux populations, comme l'ont signalé également Adongo et al. (2005). Notons que l'évolution de la GE et de la DP non statistiquement significative entre les deux villages pilote et témoin dans notre étude, pourrait être mise sur le compte de la durée de l'intervention et particulièrement des mesures préventives qui ne sont pas encore suffisamment entrées dans les habitudes d'une grande partie de la population au moment de l'évaluation (Tableau 21) afin de porter des fruits en ce qui concerne la réduction des cas de paludisme (Killeen et al., 2007 ; Teklehaimanot et al., 2007). Il a été cependant observé à la phase post-intervention dans le village pilote une réduction des cas de fièvre (passant de 34% à 20%) et par conséquent une évolution à la

baisse des cas de GE positives (passant, en valeur absolue, de 24 à 14). Les activités du projet ayant visé dans un premier temps la prise en charge curative des cas de fièvre par le recours précoce aux soins et le traitement adéquat à domicile, il a été observé la réduction des cas graves de paludisme dans le village pilote (Article 7). Ces derniers résultats qui contribuent au renforcement de la modification des perceptions des populations en ce qui concerne la fièvre de l'enfant, soutiennent par la même occasion leur adhésion aux mesures de prévention contre le paludisme. L'engouement à l'acquisition et utilisation des MI ainsi que l'adoption du nouveau modèle dans la construction des maisons sont les preuves d'espoir d'une modification significative avec le temps, de la proportion du paludisme parmi les cas de fièvre dans ce village. D'où la nécessité de redimensionner les stratégies de lutte contre le paludisme.

8.2. La nécessité de redimensionner les stratégies de lutte contre le paludisme à l'échelle communautaire

La communauté internationale est préoccupée par la situation du paludisme en ASS (Greenwood et al., 2005, NU, 2000). Elle s'est, en conséquence, engagée sur plusieurs fronts pour le contrôler (The Global Fund, 2004 ; OMS, 2000). Cependant, le constat reste que la situation n'a pas connu de changement dans la région (Carter & Mendis, 2002 ; Greenwood et al., 2005) à l'exemple du Bénin comme le montre l'évolution des statistiques sur les dix dernières années (Graphique 1, chapitre Introduction). Notre expérience, en se basant sur une approche communautaire conduisant à l'empowerment, a montré des résultats encourageants dans un contexte précis (Articles 6, 7). Elle permet de se rendre compte que les communautés détiennent des expériences qui sont utiles dans la résolution des problèmes auxquels elles sont confrontées, comme l'ont fait remarquer d'autres travaux (Chavez, 1991 ; McFarlane & Fehir, 1994 ; Minkler, 2002). Cette expérience vient confirmer ainsi plusieurs autres exemples du genre sur des préoccupations de santé et de développement qui ont donné des résultats très appréciables dans des contextes différents (McFarlane & Fehir, 1994 ; Israel et al., 2005 ; Kar et al., 1999 ; Metzler et al., 2007 ; Minkler & Wallerstein, 2003). Elle prouve, du fait des caractéristiques du paludisme de l'enfant, se rattachant à de multiples perceptions et représentations de la fièvre ainsi que les répercussions sur la vie en général des ménages et de la communauté (Panosian-Dunavan, 2006), que l'organisation efficace de la lutte gagnerait à se positionner au niveau communautaire (Article 1).

Bien entendu, la logique des communautés n'est pas celle des scientifiques et mériterait par conséquent d'être analysée suivant les réalités des contextes en cause. Comme le soulignent Arole et al. (2004), la vision des communautés en matière de santé est souvent une vision plus complète de la santé que n'ont nécessairement pas les professionnels de la santé. Ceci pose en effet un certain nombre de problèmes relatifs à la formation de ces derniers, au pouvoir médical et à l'organisation des systèmes de santé (Article 7). C'est également une réalité que les professionnels de la santé ne sont pas en mesure de mettre en œuvre un programme qui vise le bien-être global des communautés, n'ayant pas nécessairement les compétences appropriées. D'où la nécessité de l'implication, dans la gestion du paludisme et de la santé en général, des autres secteurs du développement à même d'apporter leurs expertises pour une résolution efficace et durable (figure 1 ; Article 6).

A ce niveau, la formation des professionnels de la santé devrait les amener au renforcement de la notion de santé au sens bio-psychosocial du terme qui reconnaît l'existence de plusieurs facteurs sous-tendant cette dernière (Bury, 1988). Cette reconnaissance des « grands déterminants de la santé » (OMS, 1986 ; 2005) leur donnera certainement l'opportunité de trouver les moyens et les outils d'une réorientation des systèmes de santé dans le sens d'une collaboration multisectorielle usant de plusieurs stratégies pour la résolution des problèmes des communautés. Tout ceci nous amène au concept de « Promotion de la santé » qui a montré déjà son efficacité (McQueen & Jones, 2007 ; Moodie, 2004 ; Raeburn & Rootman, 1998 ; Wallerstein & Duran, 2006), et comme nous venons d'en donner l'exemple à échelle réduite au Bénin.

Parlant de l'importance de la communauté dans la réussite des programmes de lutte contre le paludisme et des programmes de santé en général, nous pouvons donner l'impression de formuler une approche déjà bien connue et pratiquée. En effet, des expériences particulièrement « réussies » de participation communautaire en ASS existent et sont celles, par exemple, intervenues dans le cadre de la distribution de l'Ivermectine pour la lutte contre la cécité des rivières (Onchocercose). Cependant, il faut mentionner que ces programmes ont dû changer l'approche dite de « traitement à base communautaire » qui gardait tout de même une verticalité dans leur relation avec les communautés, en une approche dite de « traitement dirigé par la communauté » qui avait la particularité d'impliquer de façon plus active la communauté (Amazigo et al., 2002a ; Amazigo et al., 2002b ; Katabarwa & Richards, 2001). Il faut également reconnaître que ces succès n'ont pourtant pas permis l'intégration de ces programmes dans les SSP au niveau des systèmes de santé et n'ont pas conduit non plus à l'empowerment de ces communautés (Kallander et al., 2006a ; Wallerstein, 2006), ce qui explique que les communautés n'aient pas pu utiliser les acquis pour d'autres aspects de leur bien-être (l'empowerment social). Ce défaut est corrigé par le concept de PS, dont il est question dans notre étude, en ce sens qu'elle contribue, entre autres, au développement du système sanitaire et à l'empowerment communautaire (OMS, 1986 ; 2002a ; 2005).

Ceci nous amène à aborder le rôle des professionnels de la santé dans un processus comme celui en cause dans notre intervention et qui est, à notre avis, d'une certaine importance pour l'aboutissement réussi des programmes de santé en général et celui du paludisme en particulier. Notre profil, en tant que chercheur et professionnel de la santé, et notre comportement vis-à-vis de la communauté, ont certainement joué un rôle dans la motivation observée chez les membres de la communauté pilote. Le développement que nous avons fait dans le chapitre consacré à l'intervention le montre bien. Dans le cas où une intervention comme la nôtre serait envisagée à une grande échelle, sera-t-il possible d'obtenir par exemple des intervenants « extérieurs » cette sobriété dans les moyens mis en œuvre comparativement à ceux des grands projets, les relations profondes de confiance établies avec la communauté, les mécanismes d'échange, etc. et qui semblent ici donner une certaine motivation à la communauté pour son engagement ? Le village d'intervention a perçu notre sobriété dans les moyens et stratégies utilisés (moyen de transport, profonde immersion dans la communauté, partage de toutes les circonstances heureuses et malheureuses, etc.) comme une source de motivation et de confiance. Il reste à se

demander si on peut s'attendre à des conditions et moyens similaires dans certains projets de développement où la pratique habituelle est l'utilisation de gros véhicules, et au moment où les relations entre les professionnels de la santé (en poste dans les communautés) et les populations sont aussi souvent fortement empreintes de hiérarchies. Il faut rappeler que la PS donne aux professionnels les outils conduisant à des attitudes et comportements, comme ceux que nous avons adoptés, pour les interactions avec les communautés, afin de contribuer à la résolution durable de leurs problèmes (OMS, 2002a).

8.3. La place de la promotion de la santé dans la lutte contre le paludisme de l'enfant

Le déroulement de cette étude attire l'attention sur l'importance à accorder à la communauté dans la lutte contre le paludisme de l'enfant. Cette implication a pris non seulement la forme de la participation effective dans le sens qui confère véritablement le pouvoir à la communauté, mais également à travers la prise en compte des perceptions et représentations que cette dernière a de la fièvre de l'enfant. Des micro-projets ont été élaborés et mis en œuvre à partir des suggestions des membres de la communauté. La mise en œuvre de ces micro-projets a facilité l'adhésion de la communauté aux activités, contribuant à la lutte contre le paludisme. Notons qu'il s'agissait de micro-projets dont, pour la plupart, le secteur sanitaire n'avait aucunement la compétence de gestion, ce qui a nécessité l'appel à d'autres compétences hors de ce secteur à travers la mise en place de partenariats à divers niveaux. Nous avons eu recours au plaidoyer pour la mise en place de ces partenariats, en étroite collaboration avec la communauté, de sorte qu'elle soit capable de continuer par elle-même le processus au terme de l'étude (figure 7). Comme le signalent Bent (2003), McFarlane et Fehir (1994) et Raeburn et Rootman (1998), la problématique en cause (ici la fièvre de l'enfant responsable d'une grande incidence des décès) étant reconnue prioritaire par la communauté et cette dernière étant au centre de l'action, étant l'initiatrice, le metteur en œuvre et l'évaluateur des activités de l'intervention, sont autant de facteurs qui contribuent fortement à la durabilité voire la pérennité du projet. Par ailleurs, le partenariat multisectoriel systématique (y compris la communauté) dès le démarrage du projet, avec sa contribution au renforcement des résultats, est un facteur qui contribue également à sa durabilité/pérennité, comme le signalent des auteurs à partir des expériences de PS (Arole et al., 2004 ; Japhet & Hulme, 2004 ; Moodie, 2004 ; OMS, 2002a ; Raeburn & Corbett, 2001).

Le processus ainsi décrit, comportant essentiellement la participation communautaire, l'empowerment, la mise en place d'environnements favorables et le plaidoyer, où la population est au centre de l'action (Raeburn & Rootman, 1998 ; WHO/EUR, 1998), constitue en d'autres termes le concept de « Promotion de la santé (PS) » (OMS, 1986 ; 2002a ; 2005). La PS a été reconnue comme une stratégie qui inspire les politiques, les actions, les programmes et les initiatives par la conception d'interventions multi-focales qui visent des changements sociaux larges et durables (UIPES, 2000). C'est également un mouvement social qui défend les programmes et stratégies de santé dans toutes leurs dimensions (Moodie & Hulme, 2004). La PS est aussi un moyen de mettre à jour et d'étendre le débat sur les déterminants sociaux, culturels, politiques et économiques du processus de la santé-maladie, réaffirmant la santé comme un impératif éthique et un droit du citoyen (de Salazar, 2007, OMS, 2002a). Il apparaît ainsi, à travers le concept de PS, que le programme

de lutte contre le paludisme peut disposer d'outils appropriés pour mieux appréhender cette maladie dans ces différents contours et suivant les contextes, afin de mieux l'attaquer jusqu'à ces racines profondes. Pour qu'un tel processus puisse être opérationnel au niveau du système sanitaire national, il est plus que nécessaire d'envisager sa réorganisation, l'amenant à passer du modèle vertical actuel à un modèle démocratique horizontal, conférant un rôle plus important à l'action communautaire (Bent, 2003 ; Raeburn & Rootman, 1998). En réalité, le concept de PS qui est porteur de ces valeurs, reste moins bien connu au Bénin en particulier et en Afrique en général (Gnahoui-David et al., 2005 ; Houéto, 2006 ; Nyamwaya, 2003). C'est peut-être pour cette raison qu'il n'était pas encore arrivé à l'idée des professionnels de la santé, de l'utiliser pour la lutte contre le paludisme. Pour être resté 20 ans après l'adoption de la PS sans l'avoir connue, le Bénin fait penser à un des véritables problèmes auxquels l'Afrique est confrontée en matière d'organisation de système de santé : l'absence de mécanismes propres de réflexion sur les problèmes de santé des populations, débouchant sur des approches de solution appropriées (Airhihenbuwa, 2007). En effet, à ce jour, la plupart des pays africains sont restés accrochés au concept des soins de santé primaires (SSP), mais sans véritablement en avoir eu le temps de creuser les tenants et les aboutissants de ce concept adopté depuis 1978 et qui a ouvert la voie à la PS (Mestrum, 2007). Pourtant, le Bénin a été à l'origine de l'adaptation des SSP au contexte africain, en initiant l'Initiative de Bamako (IB). L'IB comportait déjà comme valeurs, la participation communautaire, l'empowerment et la réorganisation des services de santé, qui sont des points essentiels de la PS. Mais l'IB n'a pas été convenablement mise en pratique et est même sur le point d'être abandonnée (Gaye, 2007 ; Houéto, 2007). En conséquence, au Bénin comme dans la plupart des pays africains, le système de santé face à un fléau comme le paludisme n'a pas de politique qui lui soit propre. Ceci vient s'ajouter à l'absence de politique de recherche sur le système de santé pour plonger ce dernier dans la routine et au bon vouloir des partenaires au développement (Airhihenbuwa, 2007). Quelqu'un pourrait-il tenter d'entrer dans sa propre maison par la porte de quelqu'un d'autre ? Pourquoi le Bénin ne chercherait-il pas ses solutions propres, basées sur les réalités des communautés, avec une approche de développement émanant de ces dernières ? En effet, les projets de lutte contre le paludisme au Bénin et en ASS, de manière générale, se font avec un minimum d'accompagnement de recherche pour identifier les approches locales à même d'aider à la maîtrise véritable de la question du paludisme (Jones & Williams, 2004 ; Mwenesi, 2005 ; Nafo-Traoré, 2005 ; Williams & Jones, 2004). Les approches utilisées sont celles élaborées par les partenaires au développement (Airhihenbuwa, 2007). Il n'est pas étonnant que les résultats en matière du paludisme soient ceux que nous avons aux graphiques 1 et 2 (Chapitre Introduction). Il est impossible de vouloir régler un problème dans un contexte particulier en utilisant des stratégies d'un autre contexte dont les caractéristiques sont diamétralement opposées au premier (Adongo et al. 2005 ; Airhihenbuwa, 2007).

Notre étude, montrant le lien à faire entre la PS et la problématique du paludisme de l'enfant en vue d'une lutte efficace, pose ainsi par la même occasion, la problématique de la réforme nécessaire du système de santé. Cette dernière, connue sous le terme de « réorientation des services de santé » est, en effet, un des piliers de la PS (OMS, 1986), que son adoption impliquera, conduisant à un repositionnement de la lutte contre le paludisme au niveau des populations (Article 9) et donnant également l'importance qu'il faut à la recherche dans le

système de santé. On peut se demander alors, à partir de cet instant, si la communauté à laquelle il faut « conférer le pouvoir » pour la prise en charge efficace du paludisme, en a véritablement les capacités ?

8.4. Les compétences communautaires dans la gestion du paludisme de l'enfant

Au terme de cette étude, et en proposant de redimensionner la lutte contre le paludisme de l'enfant au niveau communautaire, on est en droit de se demander si cette dernière a les compétences adéquates pour une participation efficace. Comme nous l'avons vu, la fièvre constitue une expérience ordinaire pour les populations en zone d'endémie palustre (Adongo et al., 2005 ; Kallander et al., 2006a ; Mwenesi et al. 1995) et au Bénin en particulier (Article 3). Plusieurs causes lui sont attribuées et le paludisme prend une petite proportion entre ces attributions causales (Adongo et al., 2005 ; Article 3 ; Faye, 2005 ; Mwenesi et al., 1995), contrairement à l'affirmation de Gruenais (2003) qui est que les populations assimilent souvent fièvre et paludisme. Ceci explique d'ailleurs les itinéraires thérapeutiques divers avec un très faible pourcentage de patients qui se rendent, de première intention, à l'hôpital (Figure 5) comme il est observé dans d'autres études (Dossou-Yovo et al., 2001 ; Faye, 2005 ; Mwenesi et al., 1995). En allant à l'hôpital en fin d'itinéraire thérapeutique, nous avons montré que ce n'est pas parce que les populations reconnaissent le paludisme à la base de la fièvre de leurs enfants, mais plutôt pour aller chercher un point de vue autre que celui traditionnel, qui n'a pas permis de résoudre le problème (Article 3). Toutefois, à cause de cette non-structuration des attributions causales de la fièvre chez l'enfant due, en grande partie à sa banalisation du fait de sa grande fréquence (Adongo et al., 2005 ; Faye, 2005 ; Mwenesi et al., 1995), les parents ont systématiquement le réflexe de donner, entre autres thérapies, des antipaludiques (Dossou-Yovo et al., 2001 ; Gruenais, 2003 ; Marsh et al., 2004). En revanche, des études comme celle de Tarimo et al. (2000) en zone d'endémie palustre en Tanzanie ont montré que 94% des cas de fièvre sont d'origine palustre. Dans les formations sanitaires, le paludisme constitue la première cause de consultation et d'hospitalisation, plus particulièrement dans la population des enfants de moins de cinq ans (Caldas de Castro et al., 2004 ; MS/Bénin, 2006). En raison de l'évolution rapide du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans, la politique de traitement domiciliaire précoce du paludisme par une prise en charge précoce et adéquate de la fièvre est justifiée (WHO, 2004). Des leçons tirées de cette expérience, il n'y a plus à douter que la communauté est un acteur véritable sur qui les professionnels de la santé peuvent compter pour une lutte efficace contre le paludisme de l'enfant (Gyapong & Garshong, 2007). Nous avons pu constater, à travers cette étude, que la communauté a la capacité de gérer la problématique de la fièvre de l'enfant, comme l'ont rapporté aussi Kallander et al. (2006a). La question qui se pose, à notre avis, est plutôt celle de savoir si les professionnels de la santé sont prêts à l'implication véritable des communautés. Les réponses que nous avons obtenues dans notre étude (Article 5), contrairement à celles rapportées par Freyens et al. (1993), sont de nature à y croire. Cependant, et comme ils l'ont souhaité, il faut amener les professionnels de la santé à comprendre la notion de participation dont il est question en PS et qui diffère de celle pratiquée jusque-là.

En réalité, l'implication des communautés suppose avant tout la prise en compte de leurs perceptions et représentations, amenant à de la négociation et au plaidoyer pour un

consensus dans les actions à mettre en oeuvre pour la lutte contre le paludisme de l'enfant (Raeburn & Rootman, 1998). Un exemple en est le conditionnement et le prix des médicaments décidés par la communauté, qui a conduit à une plus grande accessibilité financière pour les ménages (Tableau 15). Quand, par exemple, la politique nationale de lutte contre le paludisme veut que la moustiquaire soit distribuée gratuitement à toute la population cible (enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes), il s'agit d'un effort louable de subvention de l'Etat pour la santé de la population. Cependant, en lien avec la perception de certaines populations du Bénin, la moustiquaire ne pourrait leur être proposée d'emblée étant donné que cette dernière représente pour elles, soit un linceul et donc pas destinée aux vivants, soit un moyen de protection de l'intimité pour les adultes et donc pas destinée aux enfants, etc. Cette politique qui, d'un point de vue scientifique pose le problème de son efficacité (Killeen et al., 2007 ; Teklehaimanot et al., 2007), vient encore aggraver l'aversion qu'ont les populations contre la verticalité « dictatoriale » des professionnels de la santé (Faye, 2005 ; Garnier, 2000 ; Garnier & Rouquette, 2000 ; Gaudreau, 2000).

La participation de la communauté à la lutte contre le paludisme nécessite tout de même un certain nombre de précautions afin de lui assurer un contexte favorable qui contribue à son enracinement. Dans notre étude, comme dans celle de Kallander et al. (2006b) par exemple, l'organisation communautaire pour se rendre disponible dans la lutte contre le paludisme de l'enfant est passée par la mise en place d'agents villageois de santé (AVS). Ce fut à petite échelle et sur une période de temps également relativement courte que ces AVS ont rendu bénévolement ce service au projet. Il faut se demander quelle pourrait être la durabilité d'un tel engagement sur une période à plus ou moins long terme (Chevalier et al., 1993) ? Nous devons d'ailleurs signaler que les communautés, dans la suite du projet, ont envisagé de mettre en place une petite rémunération à l'endroit de ces AVS. Kallander et al. (2006b) sont également allés dans ce sens pour soutenir une rémunération des AVS dans leur étude en Ouganda. Nous croyons que les communautés sont à même d'identifier la pertinence et le moment d'une telle précaution pour soutenir à long terme l'engagement des membres de la communauté à une activité aussi importante que celle de la manipulation de médicaments.

Parlant des AVS, il faut souligner que cette expérience a déjà été faite dans de nombreux pays d'ASS en général et au Bénin en particulier avec une conclusion d'échec. Comme l'ont évoqué Chevalier et al. (1993), le processus de choix de ces AVS, le traitement dont ils étaient l'objet, leur statut à plus ou moins long terme, sont autant d'aspects qui n'ont pas été suffisamment bien gérés. En réalité, dans la perspective de la PS, et comme cela a été le cas dans notre étude, ce sont les populations qui ont la responsabilité de faire émerger la nécessité de mettre en place les AVS. C'est encore à elles que revient la responsabilité d'établir les critères de sélection de ces AVS et des conditions d'exercice des tâches qui leur seront confiées. Les expériences connues par le passé se sont plutôt inscrites dans la traditionnelle logique verticale biomédicale qui est d'usage chez les professionnels de la santé et se classent de ce fait dans le même registre que celles se rapportant à la participation communautaire qui a également connu les mêmes échecs (Chevalier et al., 1993 ; OMS, 1994)

Un autre aspect qui mérite d'être abordé est celui de cette manipulation de médicaments qui, pour se réaliser à une grande échelle, nécessite une volonté politique et une réglementation autorisant les AVS à une telle activité, bien entendu avec toutes les précautions nécessaires en la matière. En ASS, ceci ne devrait pas poser de problèmes à cause de la pratique (comme nous l'avons évoquée) des SSP et de l'IB qui ont fait de la couverture sanitaire et donc de l'utilisation des AVS, un pilier important dans le but d'atteindre les populations les plus reculées par rapport aux centres de santé conventionnels (Gaye, 2007). Examinons à présent les limites de ce processus de PS.

8.5. Les limites et conditions favorables à l'empowerment communautaire

Comme nous l'avons observé, le processus d'empowerment dans une communauté est contraignant pour un professionnel qui n'aurait pas la possibilité de se mettre dans une situation d'apprentissage auprès des populations, a priori, considérées comme « à risque » ou au « bord de la ruine » (Ristock, 2004). Il est consommateur de temps et d'énergie tant de la part de l'intervenant que surtout de la communauté elle-même (McFarlane & Fehir, 1994 ; Raeburn & Rootman, 1998 ; Van den Broucke et al., 2006 ; Wallerstein, 1992). Ce n'est pas un processus qui vise dans un premier temps les faiblesses individuelles ou des situations particulières que vivraient des individus particuliers au sein de la communauté. Cependant, au fur et à mesure que s'accroissent la conscience critique et le capital communautaire, comme nous l'avons mentionné dans le sous-chapitre 8.1, les besoins particuliers des individus sont pris en compte par les membres de la communauté déjà *empowered* (Raeburn et Corbett, 2001).

L'empowerment communautaire concerne, par définition, l'effort d'une communauté à changer positivement ses conditions. Ce qui suppose la reconnaissance, par cette dernière, d'un état dit de *powerlessness* (Wallerstein, 1992). Sans cette conscience de la communauté avec la volonté d'en sortir, comme nous l'argumentons dans l'introduction à la discussion de ce travail, il n'est pas évident de pouvoir aider à apporter une aide qui porte en termes d'empowerment (Van den Broucke et al., 2006). Selon Wallerstein (1992), il est rare de trouver des communautés (ou des individus) qui n'aient pas de situations de *powerlessness* parmi la liste qu'elle mentionne et qui comporte, par exemple : 1. vivre dans un état de pauvreté, 2. être au bas de la hiérarchie, 3. être confronté à une forte pression psychologique et/ou physique, 4. avoir un faible contrôle de soi perçu (conscience d'un manque d'aide) ou actuel (absence de pouvoir économique ou politique), 5. être dans un état de stress chronique, 6. ne pas avoir de soutien social, 7. ne pas avoir suffisamment de ressources, etc. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de partir de la situation problématique perçue de la communauté qui constituera, dans ce cas, une porte d'entrée au processus d'empowerment, au lieu de vouloir imposer une situation entrant dans la logique des professionnels, ce qui risque de ne pas être le point de *powerlessness* de la communauté partenaire. Dans tous les cas, l'évolution du processus amènera certainement à la dimension sociale de l'empowerment qui embrassera la préoccupation qu'auraient à cœur les professionnels (Ristock, 2004). Par ailleurs, un minimum de sens commun de communauté est nécessaire pour pouvoir obtenir une collaboration qui nécessite l'engagement des membres pour le bien-être de tous (Van den Broucke et al., 2006). Pour Raeburn et Rootman (1998) et Ristock (2004), la confiance placée dans la communauté joue

un rôle fondamental dans le processus d'empowerment. C'est cette confiance qui explique pour une grande part, selon ces auteurs, la pérennisation de l'action dans la communauté, se reposant sur le rôle de référent conféré à l'intervenant.

8.5.1- Conditions de transférabilité

Il se dégage ainsi de la présente expérience un paquet minimum d'activités transférables dans d'autres milieux béninois ou ailleurs en ASS pour la résolution du problème que pose le paludisme ou même d'autres problèmes de santé ou de développement des populations. Les éléments fondamentaux de ce paquet minimum sont :

1. L'objet de l'intervention :
 - a. soit, il est proposé par un intervenant extérieur et est jugé prioritaire par la communauté partenaire, le processus leur permettant véritablement d'en décider ;
 - b. soit l'intervenant extérieur a un objet prioritaire, mais c'est la communauté qui décide des priorités et donc de la place de l'objet d'intervention dans ses propres priorités ;
2. Il n'y a pas d'activités planifiées à l'avance par les professionnels intervenants extérieurs, mais éventuellement des intentions. Il peut, en effet, être fait une idée générique des activités possibles au regard des expériences passées et dans d'autres contextes, mais ceci ne doit pas autoriser la suggestion systématique à la communauté en cause pour laquelle le contexte n'est nécessairement pas le même que ceux de ces autres expériences ;
3. Le contexte de l'intervention est bien investigué en ce qui concerne ses caractéristiques sociales, culturelles, économiques, environnementales, etc. en lien avec l'objet de l'intervention ;
4. La communauté est au centre de l'action pour l'identification et la hiérarchisation des problèmes à résoudre ainsi que les solutions et activités pour leur résolution et également pour leur mise en œuvre et l'évaluation ;
5. L'intervenant devra jouer le rôle d'un accompagnateur, un conseiller qui s'évertuera à gagner la confiance de la communauté en vue d'être son référent auquel elle a recours dans le processus de l'action, facteur du développement de sa capacité de prise de pouvoir (empowerment). Il veillera plus particulièrement au :
 - a. contrôle communautaire de l'intervention,
 - b. soutien des initiatives de développement communautaire qui concourent à l'amélioration de la qualité de vie des populations partenaires, sans se limiter à un spectre étroit de l'intervention. Il veille au développement de la cohésion sociale, du soutien mutuel, de la création de réseaux, de la coopération, de la conscience critique et communautaire. Il est facilitateur pour l'établissement des partenariats et autres liens entre la communauté et les autres acteurs potentiels,
 - c. développement des compétences et aptitudes communautaires. Il facilite des formations et éclaircissements sur des thèmes identifiés par la communauté et veille au développement de l'estime de soi, à la valorisation des pratiques positives et encourage les initiatives novatrices communautaires,

- d. utilisation de stratégies multiples et diversifiées,
- e. respect du temps de maturation et des processus sociaux de la communauté partenaire.

Dans le cas où une intervention devrait se baser sur les principes qui ont guidé la présente étude, ce paquet minimum est, à notre avis, en mesure d'assurer l'occurrence des résultats de l'ordre de ceux enregistrés dans ce cadre. Pour en arriver à un niveau plus large, national par exemple, il nous semble que la volonté politique est la quintessence de la réussite du processus d'empowerment, noyau central de la promotion de la santé (Labonte, 1994 ; Leeuw, 2005 ; Rissell, 1994), comme nous allons le voir dans le sous-chapitre suivant.

8.6. Les implications politiques de l'empowerment communautaire et la participation des parents dans la lutte contre le paludisme de l'enfant.

La promotion de la santé, comme nous venons de le voir, est basée sur des valeurs dont, entre autres, la justice sociale et l'équité (WHO/EUR, 1998, Wise, 2007). Ceci implique pour la population le droit et la possibilité de participer activement aux décisions touchant à leur santé et à leur vie en général. A une échelle nationale, ceci voudrait justifier l'option pour un modèle politique qui favorise la liberté et l'expression des citoyens sur les prises de décision touchant la vie de la cité. Pour Raeburn et Rootman (1998), il n'est point de doute que ce modèle est un modèle démocratique. Wallerstein (2006), quant à elle, confirme que le modèle politique qui permet la participation de la communauté et son empowerment avec un impact positif sur la santé est celui où la bonne gouvernance et le respect des droits et des libertés sont des valeurs principales. C'est dire que les conditions que doit assurer le niveau politique national pour la mise en œuvre du concept de PS dans la lutte contre le paludisme de l'enfant sont relatives à la démocratie. L'une d'entre elles est la décentralisation du système de santé dans le but de tenir compte de la spécificité de chaque contexte répondant à une des valeurs principales de la PS. Pour aller plus loin, les populations devraient avoir la possibilité, dans une telle démocratie, de mûrir les solutions aux problèmes afin de permettre au niveau central de tenir compte des spécificités qui caractérisent chaque région. Ceci dit, nous sommes encore loin de cette forme de démocratie, même si le Bénin reste pionnier en la matière en Afrique tout entière. Mais il faut reconnaître également que même dans les pays les plus avancés en démocratie, rares sont ceux qui exercent réellement cette forme de démocratie (Raeburn & Rootman, 1998). Cependant, la PS est mieux positionnée dans ces pays et amène à affirmer que déjà le minimum de démocratie est un gage pour la mise en place de la PS. C'est peut-être là aussi une des difficultés de l'Afrique en ce qui concerne l'adoption de la PS, car ils sont peu nombreux les pays africains véritablement engagés sur le chemin de la démocratie. Mais avec le niveau d'avancement du système démocratique au Bénin, on est en droit d'espérer la mise en œuvre d'une stratégie de PS pour la lutte contre le paludisme si les mécanismes actuellement mis en place fonctionnaient effectivement.

Article 9 : Under-five malaria control in sub-Saharan African region: some critical reflections and proposals for the re-dimensioning of the strategies

David Houéto¹, Valéry Ridde², Alain Deccache¹

¹ Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique, ² Université de Montréal, Montréal, Canada

Correspondence to: Dr David HOUETO, Université Catholique de Louvain, Unité d'éducation pour la santé, École de santé publique. Avenue Mounier 50, B-1200 Brussels, Belgium. Telephone: +32 27645070 (secretary) / 5072 (direct), Facsimile: +32 27645074, E-mail: dhoueto@yahoo.fr

Cet article a été soumis à : *Promotion & Education*

Abstract

One of the burdens that weigh on sub-Saharan Africa nowadays in term of disease is without any doubt malaria. Under-five children constitute the principal victims with more than 3 million deaths annually. Stakeholders of the populations' well-being of the region are conscious of this burden and remain mobilized to put an end to the devastations of malaria. Effective therapeutic (preventive and curative) is available and many actions are carried out in all the countries of the region for this fight. However, one must note that the results are far from visible, if not that malaria moves for its own account and continue to be the first reason of consultation and death for the children under five years. The present reflections lead the authors to position child malaria problems in the sub-Saharan African context with its socio-cultural characteristics, beliefs, perceptions, representations and practices as regards child fever before proposing control strategies that aim at the empowerment of the populations by taking largely into account these characteristics. In other words, the authors favour the health promotion strategies for an effective child malaria control in sub-Saharan Africa.

Key Words: Child malaria, Sub-Saharan Africa, Health Promotion.

Introduction

Malaria is a major threat to public health in Africa (Traore, 2005). It remains the leading cause of death in children under five in this region (Black et al., 2003; Molyneux & Nantulya, 2004; WHO 2005a). Bryce et al. (2005) report that 94% of the deaths due to malaria in the world occur in Africa. However, it should be noted that efforts are in place at both international and national levels to tackle the problem. For example, the Heads of State and Government of the region decided to formulate at the African Summit in Abuja in 2000 an ambitious project within the framework of the 'Roll Back Malaria' initiative (WHO, 2000). According to them, it was a suitable and sustainable action to reinforce the health systems and to control malaria. Objectives of activities were even formulated for the year 2005 concerning under-five children:

- at least 60% of those suffering from malaria have prompt access to, and are able to correctly use affordable and appropriate treatment within 24 hours of the symptoms' onset,
- at least 60% of those at risk of malaria, benefit from the most suitable combination of personal and community protective measures such as insecticide treated bed-nets and other interventions which are accessible and affordable to prevent infection and suffering.

In 2007, two years after the expiry of Abuja, the report remains bitter. In a study undertaken in Benin, only 4% of the under-five children received an adequate treatment in the 24 hours following the onset of fever (Houéto et al., 2006b). According to this same study, if 80% of the households have bed-nets, only 10% used it in the 24 hours having preceded it. Malaria did not cease posing problems and the objectives of Abuja were not achieved (Traoré, 2005) in spite of the fact that the 'Roll Back Malaria' initiative is implemented in all the countries of the region. Our concern in this chapter is to understand the reasons of this failure and to formulate proposals for the re-dimensioning of the strategies. But before that, let us recall to the reader the width consequences of malaria for the African populations and the nature of the solutions implemented.

Malaria and its perception in sub-Saharan Africa

The situation of malaria remains one of the major current concerns of health worldwide (Samba, 2004). The populations at the great risk to suffer from malaria are primarily children under five years and

pregnant women (Bryce et al., 2005; WHO, 2003). More than 515 million cases of malaria are listed in the world each year, of which 75% occur in sub-Saharan Africa (Reaney, 2005). The deaths due to malaria are estimated from 3 to 5 million every year, whose more than 90% have courses in sub-Saharan Africa (Bryce et al., 2005; WHO, 2003). In addition to these effects on the life, malaria causes also economic shocks for the African families. It is estimated that each household spends on average more than 25% of its annual income for malaria episodes (Russel, 2004). Malaria costs Africa more than US\$12 billion every year (without counting the indirect effects on tourism, the international trade, etc). Malaria thus constitutes one of the principal brakes to the development of Africa. The persistence of this burden is more difficult to understand that there is effective therapeutic and prevention measurements (Breman et al., 2004; Chandramohan, 2005; Garner & Graves, 2005; Lindblade et al., 2004; White, 2005). In addition to the 'Roll Back Malaria' initiative, much of efforts are deployed through several other programs, such as the Global Funds, the MIM (Multilateral Initiative on Malaria), the IMCI (Integrated Management of Children Illness), etc (Mwenesi, 2005; Traoré, 2005; Molyneux & Nantulya, 2004; Were, 2004).

Several authors tried to bring light on the reasons for the persistence of malaria despite all these efforts. Also, they brought back a certain number of facts suitable for the sub-Saharan African context. For example, there exists a difference between the terminologies indicating malaria and those qualifying fever (Lubanga et al., 1997). For certain populations, there are no links between fever and malaria (Mwenesi et al., 1995). Severe malaria (convulsion, coma, severe anaemia, etc) is allotted to witchcraft or bewitchment, and this perception determines the care seeking behaviour (Deressa et al., 2003; Duriez et al., 2002; Oberlander & Elverdan, 2000; Russel et al., 2003). The populations have a feeling of competences with respect to the fever because it is regarded as a common and banal affection not requiring recourse to the care. This situation explains the strong prevalence of self medication (Ryan, 1998). The therapeutic attitudes of the parents in case of child malaria are thus in link with these perceptions and representations of the fever and malaria. The recourse to the health facilities is done thus very little or not in the event of fever, the medical system being only the last recourse for severe malaria (Baume, 2002; Duriez et al., 2002). What poses a true problem as for the statistics used in the programs against malaria and which do not reflect the real prevalence (Agyepong & Kangeya-Kayondo, 2004; Houéto et al., 2006b).

It is however necessary to note the precocity of the home treatment of the fever by the parents (Baume, 2002; Deressa et al., 2003; Houéto et al., 2006b). But they are inadequate treatments and which do not prevent the evolution of the disease (Asenko-Okyere & Dzator, 1997; Lubanga et al., 1997; Pillai et al., 2003; Russel et al., 2003).

All these confirm McCombie's (1996) study that reported that care seeking in the event of fever is very poor with 19% in Kenya and 24% in The Gambia. When there is recourse to the health facilities, the time parents take to seek the service is often long and varies on average from 3 to 7 days after fever onset in the child. This study recommended that home-based management of malaria must be improved in order to reduce the progression of cases to severe forms. The author further recommends the involvement of non-health professionals in malaria management, especially malaria in children. Although the World Health Organisation also promotes malaria home management initiative (Were, 2004; WHO, 2005b), it could be challenged as to whether this initiative addresses the peoples' interests.

Also, Williams and Jones (2004) contend that the community based approach helps to understand that it is not the people's lack of knowledge that determines their health care seeking behaviour in the event of fever, but several other factors. These include economic factors (poverty, accessibility to health services and treatment, etc), socio-political factors, and social status; play an important role. Williams and Jones further noted that communities are fully responsible to decide where to receive care and use several sources of care. This decision of diagnosis and treatment, which is strongly anchored in the local culture, is the subject of systematic and logical choices (from the point of view of the population) even if it does not follow biomedical logic. One of the conclusions of this study is to ask, not to know "*how can we get them (communities) to...*", but rather - and what seems most important to us - "*we should be pressing to find ways to increase people's capacity to have access to complete and effective treatments*".

Consequently, morbidity and mortality related to malaria remain in constant progression (Traoré, 2005). One continues to observe each year, at the same period (rainy season especially), the same episode of large prevalence of malaria with the same therapeutic routes (Greenwood, 2000), which cause useless expenditure and without anticipated results (Baume, 2002; Lubanga et al., 1997). In 2006, a study

undertaken in Benin observed that 4% of the under-five children received, in the 24 hours, the adequate care, i.e. a failure of the Abuja declaration (Houéto et al., 2006b). The problem that malaria control, in under-five children poses now exceeds the simple biomedical vision of health. Malaria prevention and control should not be any more the business of the health personnel only, because it is underpinned by several other factors, which are beyond the competence of medicine alone (Jones & Williams, 2004; WHO, 2005b). Under five malaria control should thus involve parents and other sectors (see figure 1).

Program to control malaria and national health systems

Vis-à-vis with this situation of malaria, various programs were formulated and implemented in collaboration with the African States through the health systems. Generally, these programs are the initiative of the medical hierarchy of the countries or the partners to development with activities that are neither fit with the characteristics nor the needs for the communities. The concerns of the populations, their perceptions and their representations of the disease are by no means taken into account. More surprising is the fact that these programs do not even refer (or very little) to the research on malaria (Attaran et al., 2006). The example of the free distribution of the impregnated bed-nets is a case among so many others that ignores deliberately the problems created by the exemption from users fees, e.g. iniquity and sustainability. The programs are most of the time implemented in a vertical way and rarely integrated into the existing systems. The activities are planned by the national malaria control program that trains the agents of ground and carries out the supervisions without a true implication of the decentralized structures of the health system (Houéto et al., 2006b).

However these African health systems have some particular characteristics, which it is necessary to recall for well understanding the difficulties of the malaria control programs to becoming effective. The national medical systems remain organized in a pyramidal way. In certain countries, there was a certain attempt to decentralize the system by creating the medical districts, but without a true autonomy of intervention. The decisions of diseases management as well as the resources are managed since the top of the pyramid without any regional specificity thus being unaware of the characteristics, perceptions and the representations of each area as regards fever. The Bamako initiative (costs covering system, essential drugs under generic name and Community participation) adopted in 1987 (Ridde & Girard, 2004) was not implemented suitably because of the difficulties due to the lack of responsibility sharing between health professionals and populations, conflicts and suspicions (MSP/Bénin, 2004; Ridde et al., 2005). The introduction of the direct payment of users fees generated an exclusion of the access to the care for an important part of the population, and especially for poorest. The system of health insurance in place in the majority of the countries generally concerns the civil servants of the public sector who do not represent more than 5 to 10% of the population. The health micro-insurance companies are very recent and still cover a negligible part of the population. All this occurs in an economic context of recession that constitutes one of the factors explaining the problems of the drugs known as of the street (MSP/Bénin, 2004). The Community participation in question in these programs does not aim at the autonomy of the communities, because health professionals always hold the leadership of the ideas and the actions. One notes a lack of systematisation in the approaches used and which are often not updated besides. No link is established between the practice and research in the programs in order to learn from the last experiments or in progress to improve the future.

It is necessary to note the political good-will posted by the various States through the creation of certain enabling conditions, for example, with the acquisition of the impregnated bed-nets at low cost, and the mobilization of the partners to development as well at the national level as international.

Reasons of the failure

The persistence of malaria in spite of these many initiatives calls with a re-examination of the programs, in particular the 'Roll Back Malaria' initiative. In spite of the good intentions, programs could not take into account local realities and the various factors that underlie the problems of malaria in the region in a systematic and integrated way. Just like the majority of the actions in public health, the programs are enmeshed in a biomedical vision and with the health professionals' logic, without integrating perceptions and representations of the populations (Heggenhougen et al., 2003). Aspects of the success of the programs such as those mentioned below by Moodie (2004), are never found in a systematic way in the malaria control programs:

- The participation of the recipients from the very start of the planning of the undertaken activities, taking into account their perceptions and priorities instead of those of the professionals only. By this participation it should be heard that the recipients should be able to make the decisions and to establish the mechanisms of resolutions of the priority activities identified by themselves within the framework of the malaria control;
- Aptitudes/competencies. In order to ensure a true anchoring of the activities in the partner population, an important stage in their development is that of the sharing of knowledge between professionals and communities. By this knowledge sharing, professionals should learn from the communities with regard to their perceptions and representations in link with malaria or fever. Same manner, communities will learn from the professionals, current knowledge about malaria as well as the way to control it. By this process of exchange, the two parts, by a negotiation way should manage at a consensus on the choice of the activities to carry out, which could guarantee their sustainability.
- Communication, based on the local principles and equality, identifying the channels most listened by the community.

Also we can note as in the undertaken activities, in a general way in the health systems at a national level, there often was not:

- Development of policies, legislations and clear regulations. For malaria control program, political commitment must be expressed by rules clearly announced and diffused at all levels within all the stakeholders. Mobilization for the Abuja declaration was temporal without a future and without obvious repercussions in the health systems of the concerned countries.
- Communication of information. The information flow in link with scientific realities putting at the same level information all the actors is of primary importance.
- Provision of services and reinforcement of human resources. Knowledge moving progressively, it is important to break with the routine by giving priority, at the national level, to human resources training in the fields likely to help with the control of malaria. The programs are managed without often a support of adequate competences and continuous training allowing to be up to date as for the evolutions of knowledge. No planning is often made for the training of qualified human resources compared to the health problems to which the health system is dealing with. Possibilities of training exist in fact in the countries, provided by the partners to development without really serving the interests of the nation. Political commitment should thus take into account this kind of planning which places at the disposal of the programs, qualified human resources, systems of continues training well codified and systematic in collaboration with the other sectors of the State coordinating the opportunities of scholarships and short training courses (intersectoral partnership). We make a difference between the training that is proposed here and what occurred in the sub-Saharan African countries called by Smith (2003) "the per diemity" or "per diem trainings".
- Intersectoral shared responsibilities. The process must include a systematic mechanism of partnership with all the sectors potentially concerned with the malaria control, starting from the inventory of the factors that underlie it. What supposes that at the same table, one should be able to bring together the various actors concerned, according to the list of the factors identified.
- Communities' mobilization. Nothing should be done without the communities. The principle must be *"to make with them"* and not *"to make for them"*.
- Creation of system of collection of information. The statistics should make it possible to have the true face of the burden that malaria constitutes. Consequently, research must accompany all the process in order to know how to answer the characteristics of the populations as well as possible and to face the current difficulties when implementing the planned activities.

One could simply say that malaria control and in particular Abuja declaration failed because the declaration hereafter of Chavez (1991; p.4) was not taken into account: *"never suppose that you know the needs and the priorities of the populations; admit your total ignorance of their context, the way in which their spirits work, the reasons of their attitudes, and ask them rather how they would like that you help them"*

Proposals for an effective malaria control: "Health Promotion" contributions

As parents do not seek care at health facilities for fever, but treat it at home, it appears useful to consider malaria control with their collaboration, through a community dialogue which brings about mutual comprehension (between health professionals and communities) for actions that have more impact in

reducing malaria prevalence (Baume, 2002; Deressa et al., 2003; Oberländer & Elverdan, 2000; Russell et al., 2003). In other words, developing community knowledge and skills for malaria control may lead to their empowerment and increased involvement in planning and implementing activities that are able to have an impact (Houéto et al., 2006a; Lévesque, 2002; WHO, 2002). Because of the limited space we have in developing this chapter, we cannot go further in details, but readers will see more practical examples in another paper now on review process (Houéto et al., 2006c).

According to the health promotion concept, interventions should have as general principles to: - tackle the various factors which influence malaria (broad determinants of health) as mentioned above; - use in an integrated way various communication approaches and methods (health education, communication for behaviour change, social mobilization, social marketing, mediation, publicity campaigns) allowing to reach the target populations; - ensure participation of all in developing malaria program; - install mechanisms to facilitate multi-sectoral collaboration at all levels of the society (in link with the identified factors); and - work out and implement activities within the context of the general process of health sector reform (WHO, 2002). Strategies must be used simultaneously to achieve optimum effectiveness.

When analysing interventions related to malaria control, one can observe that certain aspects of health promotion principles and strategies are taken into account. And when the joint use of strategies is not always present, one can note that a number of interventions used “community participation”, “community capacity strengthening”, “creation of supportive environments” to the adoption of promoted behaviours, advocacy and partnership. However, it should be noted that the concept of various communication methods and approaches use to promote interventions is not always present. In the same way, the aspects used, are not comprehensive in some cases, as for community participation for example, health professionals are sometimes the main actors instead of being “*technical advisers*”.

It would be desirable that child malaria interventions take into account systematically health promotion principles and strategies because these consider individual/community capacity to play an active role. The concept of participation reorients interventions in a horizontal direction at all levels. Populations’ perceptions and representations are taken into account only when health professionals are technical advisers in such a process which supposes that advisees share their visions of health problems they are dealing with. The core aspect of the process seems to us to be community participation, which would insuffle the dynamics such as continuation of aspects approached by health promotion concept could be set up easily. With a real participation, where communities deal with decisions concerning their health problems, identification of means and methods of communication to be used, enabling conditions to be set up, partnerships to be established for better management of the intervention and levels requiring the use of advocacy, could be easily identifiable.

Another aspect, which is central, is the creation of supportive environments to the adoption of promoted behaviours (Kidane & Morrow, 2000; Okanurak & Ruebush, 1996; Sirima et al., 2003). As developed by Green and Kreuter (2005), creation of supportive environments to behaviour adoption (called enabling factors) is one of the major elements to the success of behaviour change. These enabling factors facilitate the implementation of actions at individual or community level. They include resource availability and accessibility, supportive laws/policies, governmental priorities and commitment towards health, and individual and collective skills. It is thus understood that for child malaria control to be effective, certain conditions according to communities’ perceptions and representations are essential to be able to obtain their support (Jones & Williams, 2004; WHO, 2005b).

It is often argued that a powerful health system, giving early and correct diagnosis with prompt and adequate care would be enough to reduce the burden of malaria (Were, 2004). Contrary to this, malaria control strategies require research into community interpretations in order to capture their specificities in setting up conditions that facilitate the adoption of good practices. Of course, this could not be done without a reorganized health system, providing health services very close to the served populations.

Also, if it is recognized that there are several factors underlying child malaria, it is necessary to work in collaboration with other sectors (Figure 1), since it is obvious that one sector could not achieve anything independently (Jones & Williams, 2004; WHO, 2005b; Williams & Jones, 2004). This emphasises the importance of advocacy when implementing interventions according to the health promotion concept (WHO, 2002).

Conclusion

Was it possible to achieve Abuja's goals if we continue with our especially biomedical vision of interventions planning? It seems to us that there is a need to widen our vision of health by adopting the biopsychosocial and thus involving other factors (social, cultural, economic, environmental, political, etc) that underlie malaria. This will bring to an active population positive implication while strengthening their capacity of action, and health professionals taking a role of "technical advisers". This "power" given to populations would certainly be used for the resolution of other problems (HIV/AIDS, tuberculosis, water and sanitation, etc) in the community and would thus constitute an entry point towards their development. Abuja declaration has failed, but the MDGs are another session to succeed in order to confirm what the host of the Abuja Summit, Olusegun Obasanjo, President of Nigeria, said: "Today we have begun to write the final chapter of the history of malaria. We have raised the hopes and expectations of our people - we must not let them down. We cannot afford to let them down. May malaria be rolled out and development rolled in all African countries." We use child malaria control situation to show the inadequacies of the policies implemented related to the great epidemics and the management of health in general in sub-Saharan Africa.

References

- Aggepong, I. A., & Kangeya-Kayonda, J. (2004). Providing practical estimates of malaria burden for health Planners in resource-poor countries. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 71, Suppl 2, pp. 162-167.
- Asenko-Okyere, W. K., & Dzator, J. A. (1997). Household costs of seeking Malaria care: a retrospective study of two districts in Ghana. *Social Science & Medicine*, vol. 45, n°5, pp. 659-667.
- Attaran, A., Barnes, K. I., Bate, R., Binka, F., d'Alessandro, U., Fanello, C. I., et al. (2006). The World Bank: false financial and statistical accounts and medical malpractice in malaria treatment. *Lancet*, vol. 368, pp. 247-52.
- 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.
- Black, R. E., Morris, S. S., & Bryce, J. (2003). Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, vol. 361, pp. 2226-34.
- 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*, vol. 71, Suppl2, pp. 1-15.
- Bryce, J., Boschi-Pinto, C., Shibuya, K., Black, R. E., & the WHO Child Health Epidemiology Reference Group. (2005). WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, vol. 365, pp. 1147-52.
- Chandramohan, D., Owusu-Agyei, S., Carneiro, I., Awine, T., Amponsa-Achiano, K., Mensah, N., Jaffar, S., Baiden, R., Hodgson, A., Binka, F., & Greenwood, B. (2005). Cluster randomised trial of intermittent preventive treatment for malaria in infants in area of high, seasonal transmission in Ghana. *British Medical Journal*, vol. 331, pp. 727-733.
- Chavez, M. D. (1991). Risk factors and the process of empowerment. In *Studies and evaluation papers*. xx ed., The Hague, Netherlands, Bernard van Leer Foundation.
- Deressa, W., Ali, A., & Enqusellassie, F. (2003). Self-treatment of malaria in rural communities, Butajira, southern Ethiopia. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 4, pp. 261-268.
- Duriez, T., Dujardin, L., & Afchain, D. (2002). *Paludisme*. Laboratoire de Parasitologie, Faculté de Pharmacie, Lille, France. Consulté le 25 avril 2004.
<<http://arachosia.univ-lille2.fr/labos/parasito/Internat/courspar/paludis.html>>
- Freyens, P., Mbakuliyemo, N., Martin, M. (1993). Comment le personnel de santé conçoit-il la participation communautaire ? *Forum Mondial Sante*, 14, 276-280.
- Garner, P., & Graves, P. M. (2005). The benefits of Artemisinin Combination Therapy for malaria extend beyond the individual patient. *PloS Medicine*, vol. 2, n° 4, pp. 287-288.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Mayfield Pub. Co. Mountain View, California.
- Greenwood, B. (2000). Morbidité et mortalité paludéennes en Afrique. *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°2, pp. 1-2.
- Heggenhougen, K., Hackethal, V., & Vivek, P. (2003). *The behavioural and social aspects of malaria and its control: An introduction and annotated bibliography*. Geneva: UNCP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR). (TDR/STR/SEB/VOL/03.1).

- Houéto, D. S., D'Hoore, W., & Deccache, A. (2006a). Quelle place pour la promotion de la santé dans la lutte contre le paludisme des enfants de moins de cinq ans ? *Unpublished manuscript under review*.
- Houéto, D. S., D'Hoore, W., Ouendo, E. M., Hounsa, A. & Deccache, A. (2006b). Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. *Santé publique*, 19(5), 363-372.
- Houéto, D. S., D'Hoore, W., Massougboji, A. & Deccache, A. (2006c). L'empowerment et la participation des parents dans la lutte contre le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans en milieu rural béninois : une expérience pratique. *Unpublished manuscript under review*.
- Jones, C. O. H., & Williams, H. A. (2004). The social burden of malaria: what are we measuring? *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 71, Suppl 2, pp. 156-161.
- Kidane, G., & Morrow, R. H. (2000). Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomized trial. *Lancet*, vol. 356, n° 9229, pp. 550-555.
- Lévesque, J. (Coord.) (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Institut National de Santé Publique de Québec, Montréal.
- Lindblade, K. A., Eisele, T. P., Gimnig, J. E., Alaii, J. A., Odhiambo, F., ter Kuile, F.O., Hawley, W. A., Wamemuehler, K. A., Phillips-Howard, P. A., Rosen, D. H., Nahlen, B. L., Terlouw, D. J., Adazu, K., Vulule, J. M., & Slutsker, L. (2004). Sustainability of reductions in malaria transmission and infant mortality in western Kenya with use of insecticide-treated bed nets: 4 to 6 years of follow-up. *JAMA*, vol. 291, pp. 2571-2580.
- Lubanga, R. G. N., Norman, S., Ewbank, D., & Karamangi, C. (1997). Maternal diagnosis and treatment of children's fever in an endemic malaria zone of Uganda: implementations for the Malaria Control Program. *Acta Tropica*, vol. 68, pp. 53-64.
- McCombie, S. C. (1996). Treatment seeking for malaria: a review of recent research. *Social Science & Medicine*, vol. 43, n° 6, pp. 933-945.
- Ministère Béninois de la Santé Publique (MSP/Bénin). (2004). *Annuaire des statistiques sanitaires 2003*. SNIGS / DPP / MSP, octobre 2004.
- Molyneux, H. D., & Nantulya, M. V. (2004). Linking disease control programmes in rural Africa: a pro-poor strategy to reach Abuja targets and millennium development goals. *British Medical Journal*, vol. 328, pp. 1129-32.
- Moodie, R. (2004). Mesurer l'efficacité des politiques de promotion de la santé : quelles leçons tirer des succès australiens ? *Promotion & Education*, Hors série 1, pp. 28-32.
- Mwenesi, H. (2005). Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: An overview. *Acta Tropica*, vol. 95, pp. 292-297.
- Mwenesi, H., Harpham, T., & Snow, R. W. (1995). Child malaria treatment practices among mothers in Kenya. *Social Science & Medicine*, vol. 40, n° 9, pp. 1271-1277.
- Oberlander, L., & Elverdan, B. (2000). Malaria in the United Republic of Tanzania: Cultural considerations and health-seeking behaviour. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 11, pp. 1352-1357.
- Okanurak, K., & Ruebush, T. K. II. (1996). Village-based diagnosis and treatment of malaria. *Acta Tropica*, vol. 61, n° 2, pp. 157-167.
- Pillai, R. K., Williams, S. V., Glick, H. A., Polsky, D., Berlin, J. A. & Lowe, R. A. (2003). Factors affecting decisions to seek treatment for sick children in Kerala, India. *Social Science & Medicine*, vol. 57, pp. 783-790.
- Reaney, P. (2005). Malaria estimated at 515 Million cases worldwide. *Nature*, March 10.
- Ridde, V. (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of World Health Organization*, 81(7), 532-538.
- Ridde, V., Nitiéma, A. P., & Dadjoari, M. (2005). Améliorer l'accessibilité des médicaments essentiels génériques aux populations d'une région sanitaire du Burkina Faso. *Cahiers Santé*, vol. 15, n° 3, pp. 175-182.
- Ridde, V., & Girard, J. E. (2004). Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implications politiques pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains. *Santé Publique*, 15(1), 37-51.
- Russell, S. (2004). The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 71, Suppl2, pp. 147-155.

- Russell, M. F., Shann, F., Curtis, N., & Mulholland, K. (2003). Evidence on the use of paracetamol in febrile children. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 81, n° 5, pp. 367-372.
- Ryan, G. W. (1998). What do sequential behavioral patterns suggest about the medical decision-making process?: Modeling home case management of acute illnesses in a rural Cameroonian village. *Social Science & Medicine*, vol. 46, pp. 209-225.
- Samba, E. M. (2004). Bridging the gap: linking research, training, and service delivery to reduce the malaria burden in Africa. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 71, Suppl 2, i-iii.
- Sirima, S. B., Konate, A., Tiono, A. B., Convelbo, N., Cousens, S., & Pagnoni, F. (2003). Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, vol. 8, n° 2, pp. 133-139.
- Smith, D. J. (2003). Patronage, per diems and the "Workshop mentality": the practice of family planning programs in Southeastern Nigeria. *World Development*, vol. 31, n° 4, pp. 703-715.
- Traoré, F. N. (2005). Rolling back malaria: opportunities and challenges. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 99, pp. 403-406.
- Were W (2004) *Bringing malaria management closer to the home*. Roll Back Malaria Department, World Health Organization, Geneva.
- White, N. J. (2005). Intermittent presumptive treatment for malaria. *PLoS Medicine*, vol. 2, n° 1, pp. 29-33.
- WHO. (2000). *Abuja declaration and the planning of action*. Extract of the African Summit for the Roll Back Malaria initiative, Abuja, 25th April 2000 (WHO/CDS/RBM/2000.17).
- WHO. (2002). *Guidelines for the development of health promotion in countries of WHO African region*. AFR/HPR/02.1
- WHO. (2003). *Malaria is alive and well and killing more than 3000 African children every day*. Geneva, World Health Organization: 3. Retrieved on 2 June 2004 at <http://whqlibdoc.who.int/press_release/2003/PR_33.pdf>.
- WHO. (2005a). *The world malaria report 2005*. World Health Organization, Geneva (ISBN 92 4 159319 9).
- WHO. (2005b). *The Roll Back Malaria Strategy for Improving Access to Treatment through Home Management of Malaria*. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/MAL/2005.1101)
- Williams, H.A., & Jones, C.O.H. (2004). A critical review of behavioural issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: what contributions have social scientists made? *Social Science & Medicine*, vol. 59, pp. 501-523.

Actors

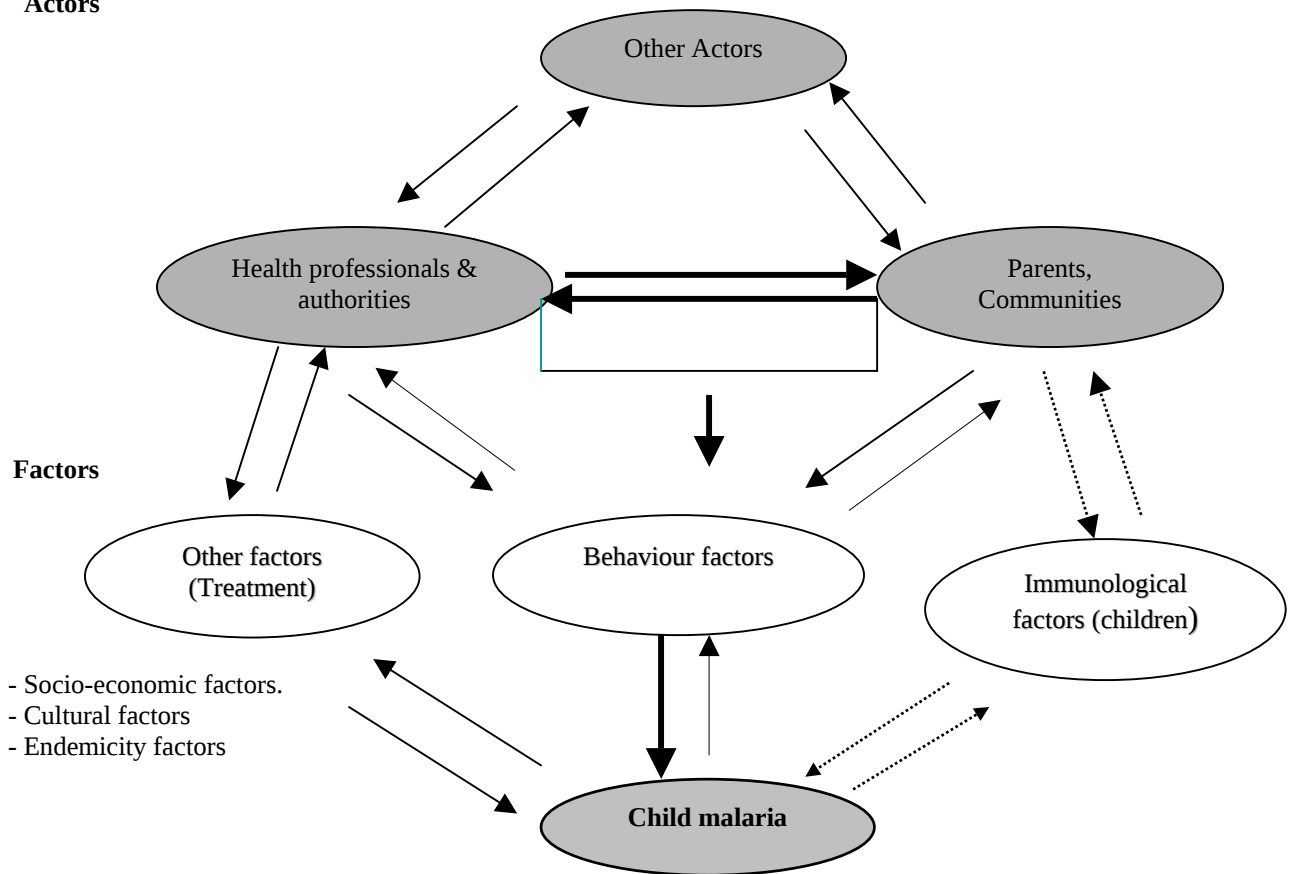


Figure 1 : Representation of the interactions in the child malaria control.

CONCLUSION GÉNÉRALE

« Nous estimons que le langage entier et la façon de regarder les gens en promotion de la santé doivent refléter le fait que, nous sommes tous de véritables êtres humains de valeur, et capables de pensées, de sentiments, d'actions intelligentes et même de noblesse ! »

Raeburn & Rootman, 1998, p17

L'amélioration de la survie de l'enfant au Bénin et en ASS passe par le contrôle du paludisme qui est une des premières préoccupations en matière de santé et de bien-être des populations. Les acteurs actuels impliqués dans l'organisation de la lutte contre le paludisme de l'enfant ont conscience de cette importance à réussir le contrôle de cette maladie. Les moyens sont également mobilisés pour atteindre cet objectif. Cependant, la situation du paludisme de l'enfant au Bénin, ces dernières années, ne s'est pas mieux portée comparativement à la décennie précédente. Elle s'est au contraire dégradée posant le problème de la mise en œuvre d'interventions efficaces et durables en la matière et, partant de l'organisation du système national de santé à faire face à la santé des populations.

Dans un contexte international où tous les moyens thérapeutiques (curatifs et préventifs) pour contrôler le paludisme existent et scientifiquement approuvés, il faut s'interroger sur les raisons qui expliquent la non-performance des actions actuellement mises en œuvre. L'analyse des caractéristiques du paludisme de l'enfant, dans le contexte africain subsaharien, a permis de noter son imbrication avec de multiples facteurs au-delà des seuls facteurs médicaux et biologiques habituellement visés par les programmes actuels. La lutte contre le paludisme de l'enfant se doit de passer par, et surtout, la prise en charge des autres facteurs que sont ceux économiques, socioculturels, environnementaux, etc. qui sont reconnus pour avoir une place importante dans la genèse et la persistance du paludisme de l'enfant. Comme nous l'avons démontré dans l'Article 1, il est bien évident que certains de ces aspects sont pris en compte dans les programmes actuels de lutte contre le paludisme. Cependant, il faut reconnaître qu'ils ne le sont pas de façon systématique et pas sur la base des préoccupations issues des populations dans une dynamique de participation appropriative et d'empowerment comme nous l'avons développé. Il est de ce fait urgent, à notre avis, et au regard d'ailleurs des résultats de ces programmes, que les professionnels de la santé acceptent se remettre en cause afin de partager une partie de leur pouvoir avec les communautés. Nous avons également reconnu que ce processus n'est pas aussi aisé qu'il pourrait paraître, à cause de l'enjeu du pouvoir qui lui est associé. La question du pouvoir qu'il faut partager (empowerment) est en réalité la pierre angulaire qui manquait à l'édification des programmes dans leur version traditionnelle, ce qui, dans les conditions sociales, culturelles, économiques et environnementales de nos populations en ASS, constitue la principale cause de leur échec.

Tenant compte de tout ceci, la présente étude qui est une première au Bénin et dans la région ASS, a tenté l'utilisation du concept de PS pour la lutte contre le paludisme de

l'enfant. La PS, à travers la participation et l'empowerment des communautés prenant en compte leurs perceptions et représentations ainsi que tous les facteurs qui leurs sont propres, a montré, à l'échelle de notre étude, des améliorations satisfaisantes en ce qui concerne leur adhésion aux mesures de lutte contre le paludisme de l'enfant que sont l'acquisition et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée, la prise en charge domiciliaire précoce adéquate de la fièvre, le recours aux soins modernes en cas de persistance de la fièvre, etc. Mieux, ces mesures ont eu des effets immédiats en matière de réduction statistiquement significative des cas graves de paludisme et par conséquent de la mortalité qui lui est due. La communauté ayant pris le devant de l'ensemble du projet, générant des activités qui sont de l'intérêt de ses membres, les actions continuent malgré le « terme » que nous lui avons mis pour répondre à nos exigences académiques. Il s'agit là, en fait, d'une des valeurs importantes de la PS, la durabilité/pérennité qui a fait défaut jusque là dans les interventions de lutte contre le paludisme. Nous avons démontré au sous-chapitre 8.3 que la question de la durabilité/pérennité se pose moins en PS du fait de l'appropriation par les communautés de l'intervention dès sa conception. Elle constitue un des critères qui valident la stratégie PS d'une action.

Le succès des interventions de lutte contre le paludisme de l'enfant passe ainsi nécessairement par la prise en compte du contexte local à travers la participation et l'empowerment des communautés, l'utilisation simultanée de plusieurs stratégies, la mise en place d'un partenariat multisectoriel y compris en dehors du système sanitaire. Ce faisant, le souci de résoudre les problèmes des inégalités des populations vis-à-vis des soins et/ou des mesures de lutte contre le paludisme est véritablement pris en compte. Il est, de ce fait, à éviter les programmes généraux et trop prétentieux couvrant tout un pays dont on sait que les caractéristiques socioculturelles, économiques, environnementales, etc. ne sont pas les mêmes d'une région à une autre. Cela appelle à une réorientation du système de santé qui intègre les soins curatifs à l'ensemble des besoins des populations et tiennent compte de leurs perceptions et représentations pour leur assurer une santé, contribuant à leur bien-être global. Le Bénin, en réalité a des atouts pour aller dans ce sens compte tenu de l'histoire récente de son système de santé qui a été marquée par la mise en place de zones sanitaires (districts sanitaires) dans un souci de décentralisation des interventions. Il est, de ce fait, à souhaiter une application effective de toutes les mesures relatives à cette décentralisation afin de trouver le chemin d'une prise en charge adéquate des problèmes de santé des populations selon leurs besoins réels. C'est pour cela que nous nous permettons de dégager les quelques implications ci-après pour les politiques et programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant. Signalons par ailleurs que la présente étude permet également d'entrevoir la modification des pratiques pour d'autres problématiques de santé et de développement et, par conséquent, l'application des principes de la PS dans d'autres secteurs sanitaires et non-sanitaires.

Implications pour les politiques et programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant

De notre étude, nous retenons que la lutte contre le paludisme en général et celui de l'enfant en particulier, devrait se positionner dans un programme global de développement et de bien-être des populations, se reposant sur leur participation appropriative et leur

empowerment, à travers les contextes particuliers qui sont les leurs. Ceci implique inévitablement la collaboration multisectorielle et l'utilisation de stratégies multiples et diversifiées dans le but de faire face véritablement à l'ensemble des facteurs en cause et qui ne sont pas que du ressort du secteur de la santé. Les mesures ci-après s'imposent, à notre avis, et à différents niveaux, pour le relèvement du défi que constitue le paludisme.

Au niveau des autorités du Ministère de la santé

La décentralisation effective du système de santé, donnant les compétences techniques et matérielles aux autorités du district sanitaire (zone sanitaire) pour la gestion des problèmes de santé, en se basant sur les réalités contextuelles qui sont les leurs, est un objectif incontournable à court terme pour la réussite de la lutte contre le paludisme de l'enfant.

Les services de santé se doivent de se réorganiser de manière à trouver une formule d'interaction spécifique avec les communautés qu'ils desservent dans le sens d'obtenir leur pleine participation et adhésion aux actions de lutte contre le paludisme de l'enfant.

L'intégration de la lutte contre le paludisme de l'enfant dans le système global de l'Initiative de Bamako, prenant en compte les objectifs de la couverture sanitaire étendue à toutes les communautés du pays et les mécanismes de financement des services de santé facilitant leur survie et le recours aux soins des populations (ex. : l'adoption d'un mécanisme de mutuelle de santé au centre duquel se trouvent les communautés qui en décident des caractéristiques) s'avère nécessaire.

L'adoption de la promotion de la santé et la mise en place d'une politique appropriée est un facteur important pour aider le système de santé à enclencher les réformes nécessaires à la réorientation des services de santé dans le sens de la plus grande implication des communautés et de l'orientation des mesures de lutte contre le paludisme de l'enfant selon les contextes.

La formation en cours d'emploi et diplômante des professionnels de la santé en promotion de la santé s'avère incontournable, afin de donner un dynamisme nouveau au système sanitaire qui lui permette d'aller au-delà des soins de santé pour viser une prise en charge globale et le bien-être des populations.

Au niveau du Programme national de lutte contre le paludisme

La décentralisation effective des projets de lutte contre le paludisme au niveau des zones sanitaires est une nécessité pour les inscrire dans la perspective de la promotion de la santé, conférant au PNLP un rôle d'élaboration de politique générale et de supervision de sa mise en œuvre.

Une importance primordiale devra être accordée à la formation des acteurs actuels, en matière de promotion de la santé afin de leur donner les outils d'un repositionnement des programmes en cours et à venir à l'échelle communautaire avec une étroite collaboration de cette dernière.

L'adoption et la mise en œuvre de mesures permettant de veiller à la mise en place de projets qui tiennent compte des valeurs de la promotion de la santé que sont la participation, l'empowerment, le contextualisme, le multisectorialisme, la multistratégie, l'équité et la durabilité, deviennent ainsi une nécessité afin d'amorcer une nouvelle ère dans la lutte contre le paludisme qui intègre le développement et le bien-être global des populations.

L'intégration aux programmes de lutte d'une entité s'occupant de la réflexion sur les différents acquis de terrain et leurs implications dans la réorientation des programmes et projets de lutte contre le paludisme de l'enfant est essentielle pour l'amélioration des pratiques. Cette entité aura également la responsabilité de rester connectée à l'évolution des connaissances et pratiques de par le monde sur la question du paludisme en général et le paludisme de l'enfant en particulier.

Au niveau des zones sanitaires

L'identification et la documentation des caractéristiques propres géographiques, environnementales, économiques, socioculturelles des populations, en lien avec le paludisme en général et celui de l'enfant en particulier, sont primordiales pour l'élaboration de programmes qui collent aux besoins réels des cibles.

La disponibilité à mettre en œuvre les projets de lutte contre le paludisme de l'enfant suivant les orientations du concept de « promotion de la santé » est un atout majeur pour leur réussite.

Une organisation conséquente des activités de lutte contre le paludisme plaçant les perspectives des communautés au cœur des interventions et visant l'amélioration du bien-être global de ces dernières est indispensable pour obtenir leur adhésion aux projets.

De manière générale

Pour le système national de santé, parlant d'interventions qui assurent la santé et le bien-être des populations, il nous semble nécessaire de mentionner les attributions essentielles qui reviennent aux intervenants (les professionnels) et qui s'inspirent du rôle que nous avons joué en tant qu'intervenant/chercheur dans cette étude. Ils doivent :

- Veiller à ce que les interventions (ou programmes) de santé s'inscrivent dans le cadre de la santé et du bien-être global des populations concernées tout en visant un contrôle communautaire dès leur élaboration. Les professionnels prennent ainsi un rôle :
 - o d'accompagnateurs pour la mise en place du processus de l'intervention tout en visant l'autonomie des communautés partenaires,
 - o de conseillers qui sont sollicités selon les besoins identifiés par la communauté dans le cadre du programme, n'imposant pas leurs points de vue ni ne donnant de consignes particulières,
- Soutenir les initiatives de développement communautaire qui concourent à l'amélioration de la qualité de vie des populations partenaires. Les professionnels sont alors :

- o des accompagnateurs des communautés dans le développement de la cohésion sociale, le soutien mutuel, la création de réseaux, la coopération, la conscience critique, le capital communautaire et l'amélioration de leur qualité de vie,
- o des facilitateurs pour l'établissement des partenariats et autres liens entre les communautés et les autres acteurs potentiels,
- Veiller au développement des compétences et aptitudes communautaires. Les professionnels contribuent :
 - o au renforcement des compétences communautaires par des formations et éclaircissements sur des thèmes identifiés par elles dans le cours de l'action,
 - o au développement de l'estime de soi et de la conscience critique au niveau des individus, les amenant à plus de participation à l'action communautaire,
 - o à la valorisation des pratiques communautaires positives pour la santé et le bien-être et encouragement des initiatives novatrices communautaires,
 - o au plaidoyer et à la négociation en ce qui concerne les pratiques néfastes.

L'ensemble de ces attributions montre sans détour l'importance du travail multisectoriel centré sur des contextes spécifiques avec des réalités qui leurs sont propres et qui ne sont pas suffisamment perçues sans la participation des membres, utilisant en conséquence des stratégies diverses, le tout conduisant à la durabilité voire la pérennité de l'action dans un processus de mise en œuvre et d'évaluation qui contribue à la résolution de problèmes de santé spécifiques et à la réduction des inégalités sociales de santé (figure 8).

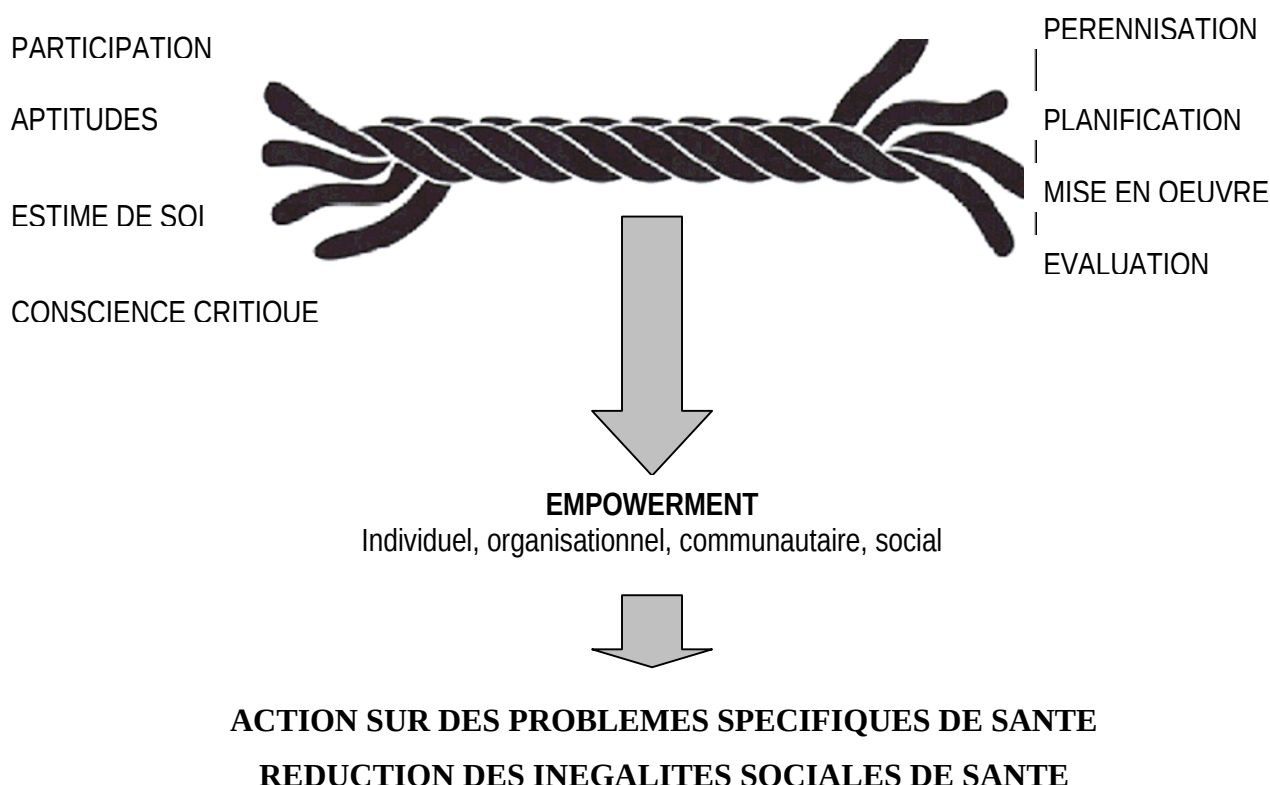


Figure 8 : Illustration du processus, effets et impacts des interventions en promotion de la santé (Adapté de Ridde et al., 2007)

REFERENCES

- Abdulla, S., Gemperli, A., Mukasa, O., Armstrong Schellenberg, J. R. M., Lengeler, C., Vounatsou, P., et al. (2005). Spatial effects of the social marketing of insecticide-treated nets on malaria morbidity. *Tropical Medicine and International Health*, 10(1), 11–18.
- 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.
- Ahlonsou, F. A. (1993). *Transfusion sanguine au CNHU de Cotonou : Situation en 1991 et perspective d'avenir*. Thèse de Doctorat en médecine. Université d'Abomey-Calavi, FSS, Cotonou.
- Ahorlu, C. K., Koram, K. D., Ahorlu, C., de Savigny, D., & Weiss, M. G. (2006). Socio-cultural determinants of treatment delay for childhood malaria in southern Ghana. *Tropical Medicine and International Health*, 11(7), 1022-1031.
- Airhihenbuwa, C. O. (2007). On being comfortable with being uncomfortable: centering an Africanist vision in our gateway to global health. *Health Education & Behaviour*, 34(1), 31-42.
- Alilio, M. S., Kitua, A., Njunwa, K., Medina, M., Rønn, A. M., Mhina, J., 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.
- Amazigo, U. V., Brieger, W. R., Katabarwa, M., Akogun, O., Ntep, M., Boatin, B., et al. (2002a). The challenges of community-directed treatment with ivermectin (CDTI) within the African Programme for Onchocerciasis Control (APOC). *Annals of tropical medicine and parasitology*, 96(Suppl 1), S41-58.
- Amazigo, U. V., Obono, M., Dadzie, K. Y., Remme, J., Jiya, J., Ndyomugenyi, R., et al. (2002b). Monitoring community-directed treatment programmes for sustainability: lessons from the African Programme for Onchocerciasis Control (APOC). *Annals of tropical medicine and parasitology*, 96(Suppl 1), S75-92.
- Angers, M. (1996). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines* (2e édition). Anjou : les Editions CEC inc.
- Arole, R., Fuller, B., & Deutschmann, P. (2004). Improving community capacity. In: R. Moodie, & A. Hulme (Eds.), *Hands-on health promotion* (pp. 130-145). Melbourne: IP Communications.
- Augoyard, P., & Renaud, L. (1998). Le concept d' « empowerment » et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion & Education*, V, 28-35.
- Badarou, S. (2007). *L'auto-évaluation des compétences des communautés pour mieux faire face au paludisme*. <http://www.santetropicale.com/benin/bada0807.htm>. Consulté le 30 août 2007.
- Baker, E. A., & Teaser-Polk, C. (1998). Measuring community capacity: where do we go from here? *Health Education and Behaviour*, 25(3), 279-83.
- Barat, L. M., Palmer, N., Basu, S., Worrall, E., Hanson, K., & Mills A. (2004). Do malaria control interventions reach the poor? A view through the equity lens. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(Suppl 2), 174–178.

- Baume, C. (2002a). *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.
- Baume, C. (2002b). *A Guide to Research on Care-seeking for Childhood Malaria*. Published by the Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project and the Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia.
- Bent, N. K. (2003). "The people know what they want": An empowerment process of sustainable, ecological community health. *Advances in Nursing Science*, 26(3), 215-226.
- Blackwood, B. (2006). Methodological issues in evaluating complex healthcare interventions. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 612-622.
- Boyte, H. (1989). *Common Wealth: A return to citizen politics*. New York: Free Press.
- 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.
- Bryce, J., Boschi-Pinto, C., Shibuya, K., Black, R. E., & the WHO Child Health Epidemiology Reference Group. (2005). WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet*, 365, 1147-52.
- Bryce, J., Telleri, N., Victora, C. G., Mason, E., Daelmans, B., Bhutta, Z. A., et al. (2006). Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. *Lancet*, 368, 1067-1076.
- Bury, J. (1988). *Education pour la santé : concepts, enjeux, planifications*. Ed. De Boeck Université, Bruxelles, Collection Savoir & Santé, 5e tirage 2001.
- Butler, D. (2007). Poor follow-up hampers malaria projects. *Nature*, 450, 144-145.
- Caldas de Castro, M., Yamagata, Y., Mtasiwa, D., Tanner, M., Utzinger, J., Keiser, J., et al. (2004). Integrated urban malaria control: a case study in Dar Es Salaam, Tanzania. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(suppl 2), 2004, 103-117.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex intervention to improve health. *BMJ*, 321, 694-696.
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F. et al. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*, 334, 455-459.
- Campbell, P. (2007). Millennium development holes. *Nature*, 446(7134), 347.
- Carter, R., & Mendis, K. (2002). Evolutionary, historical and current aspects of the burden of malaria. *Clinical Microbiological Reviews*, 15, 564-594.
- Charlier, S. (2006). L'économie solidaire au féminin : quel apport spécifique pour l'empoderamiento des femmes ? Une étude de cas dans les Andes boliviennes. Thèse de doctorat en sciences sociales (population-environnement-développement) Louvain-la-Neuve, Belgique.
- Chavez, M. D. (1991). Risk factors and the process of empowerment. In: xx (ed.), *Studies and evaluation papers*. The Hague, Netherlands, Bernard van Leer Foundation.
- Chevalier, C., Lapo, A., O'Brien, J., Wierzbza, T. F. (1993). Why do village health workers drop out? *World Health Forum*, 14(3), 258-61.

- Chima, R. I., Goodman, C., & Mills, A. (2003). The economic impact of malaria in Africa: a critical review of the evidence. *Health Policy*, 63, 17–36.
- Claux, R., & Gélinas, A. (1982). *Systémique et résolution de problèmes, selon la méthode des systèmes souples*. Montréal: l'Agence d'Arc Inc.
- Cowen, E. L. (2000). Community psychology and routes to psychological wellness. In: J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 79-99). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Crawley, J. (2004). Reducing the burden of anemia in infants and young children in malaria-endemic countries of Africa: From evidence to action. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(Suppl 2), 25–34.
- Dixon, J. & Sindall, C. (1994). Applying Logics of Change to the Evaluation of Community Development in Health Promotion. *Health Promotion International*, 9(4), 297-309.
- Dossou-Yovo, J., Amalaman, K., & Carnevale, P. (2001). Itinéraires et pratiques thérapeutiques antipaludiques chez les citoyens de Bouaké, Côte d'Ivoire. *Médecine Tropicale*, 61, 495-499.
- Durrheim, D. N., Speare, R., & Harries, A. D. (2002). Research that influences policy and practice-characteristics of operational research to improve malaria control in Mpumalanga Province, South Africa. *Malaria Journal*, 1, 9.
- Faye, S. L. B. (2005). *Le paludisme infantile chez les seereer du Sénégal : évolution des savoirs et pratiques thérapeutiques dans un contexte migratoire*. Tome 1. Thèse de Doctorat, Université Victor Segalen, Bordeaux 2.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. New York: Second ed., John Wiley and Sons.
- Freyens, P., Mbakuliyemo, N., Martin, M. (1993). Comment le personnel de santé conçoit-il la participation communautaire ? *Forum Mondial Sante*, 14, 276-280.
- Garnier, C. (2000). Représentations sociales pour comprendre l'action éducative : apports réciproques. In: C. Garnier, M. L. Rouquette (Eds), *Représentations sociales et éducation* (pp. 27-52). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Garnier, C., & Rouquette, M. L. (2000). Introduction. In: C. Garnier, M. L. Rouquette (Eds), *Représentations sociales et éducation* (pp. v-xx). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Gaudreau, L. (2000). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé. In: C. Garnier, M. L. Rouquette (Eds), *Représentations sociales et éducation* (pp. 143-164). Montréal: Éditions Nouvelles.
- Gaye, J.-J. (2007). *D'Alma Ata à Bamako*. <http://www.bioltrop.fr/00-entete/lib.htm>, Consulté le 22.08.07.
- Gnahoui-David, B., Houéto, D., & Nyamwaya, D. (2005). *Health promotion Capacity mapping in Africa*. WHO 6th Global World Conference on Health Promotion, 7th-11th August 2005, Bangkok (Thailand).
- Green, J., & Tones, K. (1997). Towards a secure evidence base for health promotion. *Journal of Public Health Medicine*, 21, 133-139.
- Greenwood, B. M., Bojang, K., Whitty, C. J. M., & Targett, G. A. (2005). Malaria. *Lancet*, 365, 1487–1498.
- Gruenais, M. E. (2003). Health personnel and population aspects of common experience with fever in sub-Saharan Africa. *Medecine Tropicale*, 63(3), 271-275.

- Guiguemdé, T. R., Coulibaly, N., Coulibaly, S. O., Ouédraogo, J. B., & Gbary, A. R. (1997). Esquisse d'une méthode d'estimation du coût économique chiffré des accès palustres : application à une zone rurale au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest). *Tropical Medicine and International Health*, 2(7), 646-653.
- Gyapong, M., & Garshong, B. (2007). *Lessons learned in Home Management of Malaria: Implementation research in four African countries*. Geneva: TDR/World Health Organization.
- Harries, A. D. (2003). Integration of operational research into National Tuberculosis Control Programmes. *Tuberculosis*, 83, 143-147.
- Hegelund, A. (2005). Objectivity and subjectivity in the ethnographic method. *Qualitative Health Research*, 15(5), 647-68.
- Heggenhougen, H. K., Hackethal, V., & Vivek, P. (2003). *The behavioural and social aspects of malaria and its control*. New York: UNDP/World Bank/WHO, Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, 1–19.
- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and illness*. Fifth Edition, London: Hodder Arnold.
- Holland, P. W. (1986). Statistics and causal inference. *Journal of the American Statistical Association*, 81(396), 945-960.
- Houéto, D. (2006). La charte de Bangkok dans le contexte africain francophone était-elle nécessaire ? In : E. van Steenberghe, & D. St-Amand (Eds.), *La charte de Bangkok : ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?* (pp. 49-56). Montréal (Québec): Collection REFIPS.
- Houéto, D. (2007). La gratuité des soins aux enfants de 0-5 ans : une stratégie à considérer avec la plus grande précaution. *L'autre Quotidien* (Bénin) du 13 mars, 8-9.
- Israel, B. A., Eng, E., Schulz, A. J., & Parker, E. A. (2005). Introduction to methods in community-based participatory research for health. In: B. A. Israel, E. Eng, A. J. Schulz, & E. A. Parker (Eds.), *Methods in community-based participatory research for health* (pp 3-26). Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE). (2002). *Recensement général de la population et de l'habitat, mars 2002*. Résultats provisoires, Cotonou.
- Jaffre, Y. (2003). Les apports de l'anthropologie sociale à la lutte contre le paludisme. *Médecine Tropicale*, 63, 276-281.
- Japhet, G., & Hulme, A. (2004). Partnerships to promote health. In: R. Moodie, & A. Hulme (Eds.), *Hands-on health promotion* (pp. 120-129). Melbourne: IP Communications.
- Jones, C. O. H. (2006). Hitting malaria where it hurts: household and community responses in Africa. *Id21 insights health*, 9, 1-2.
- Jones, C. O. H., & Williams, H. A. (2004). The social burden of malaria: what are we measuring? *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(Suppl 2), 156–161.
- Kallander, K., Tomson, G., Nsabagasani, X., Nsungwa-Sabiiti, J., Pariyo, G., & Peterson, S. (2006a). Can community health workers and caretakers recognise pneumonia in children? Experiences from western Uganda. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100, 956-963.
- Kallander, K., Tomson, G., Nsungwa-Sabiiti, J., Senyonjo, Y., Pariyo, G., & Peterson, S. (2006b). Community referral in home management of malaria in western Uganda: A case series study. *BMC International Health and Human Rights*, 6, 2.

- Kamat, V. R. (2006). Seeking treatment for childhood fevers in Tanzania. *Id21 insights health*, 9, 4.
- Kar, S. B., Pascual, C. A., & Chickering, K. L. (1999). Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 49, 1431-146.
- Katabarwa, M. N., & Richards, F. O., Jr. (2001). Community-directed health (CDH) workers enhance the performance and sustainability of CDH programmes: experience from ivermectin distribution in Uganda. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, 95(3), 275-286.
- Keiser, J., Utzinger, J., Caldas de Castro, M., Smith, T. A., Tanner, M., & Singer, B. H. (2004). Urbanization in sub-Saharan Africa and implication for malaria control. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(Suppl 2), 118-127.
- Kemm, J. (2006). The limitations of 'evidence-based' public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(3), 319-324.
- Kidane, G., & Morrow, R. H. (2000). Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomized trial. *Lancet*, 356(9229), 550-555.
- Killeen, G. F., Smith, T. A., Ferguson, H. M., Mshinda, H., Abdulla, S., Lengeler, C., et al. (2007). Preventing Childhood Malaria in Africa by Protecting Adults from Mosquitoes with Insecticide-Treated Nets. *PLoS Medicine*, 4(7), e229.
- Krause, G., Scheiermacher, D., Borchert, M., Benzler, J., Heinmüller, R., Ouattara, K., et al. (1998). Diagnostic quality in rural health centres in Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 3, 100-107.
- Labonte, R. (1994). Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21(2), 253-268.
- Lampedusa, G. di (1960). *The Leopard*. New York: Parthenon Books.
- 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.
- Leeuw, E. (2005). Who gets what: Politics, evidence, and health promotion. *Health Promotion International*, 20, (3), 211-212.
- Lengeler, C. (2004). Insecticide-treated nets for malaria control: real gains. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(2), 84.
- Lengeler, C. (2005). Insecticide-treated bed-nets and curtains for preventing malaria. *Cochrane Database System Review* CD000363.
- Linder, F. E. (1965). *National health interview surveys: trends in the study of morbidity and mortality*. WHO, Geneva, 27; 78-112.
- Lord, J., & Hutchinson, P. (1993). The process of "empowerment": Implications for theory and practice. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 12, 5-22.
- Madan, T. N. (1987). Community involvement in health policy: socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. *Social Science and Medicine*, 25, 615-620.
- Malaney, P., Spielman, A., & Sachs J. (2004). The malaria gap. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 71(Suppl 2), 141-146.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*, 358(9280), 483-488.
- Marsh, V. M., Mutemi, W. M., Muturi, J., Haaland, A., Watkins, W. M., Otieno, G., et al. (1999). Changing home treatment of childhood fevers by training shopkeepers in rural Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 4(5), 383-9.

- Marsh, V. M., Mutemi, W. M., Willetts, A., Bayah, K., Were, S., Ross, A., et al. (2004). Improving malaria home treatment by training drug retailers in rural Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 9(4), 451-460.
- Martorell, R., Habicht, J. P., Yarbrough, C., Lechtig, A., & Klein, R. E. (1976). Underreporting in fortnightly recall morbidity surveys. *Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health*, 22(3), 129-134.
- Mattesich, P., & Monsey, B. (1997). *Community building: what makes it work: a review of factors influencing successful community building*. Amherst H. Wilder Foundation, St Paul, MN.
- Mays, N., & Pope, C. (1995). Rigour and qualitative research. *BMJ*, 311(6997), 109-12.
- McFarlane, J., & Fehir, J. (1994). De madres a madres: a community, primary health care program based on « empowerment ». *Health Education Quarterly*, 21(3), 381-394.
- McQueen, D. V. & Jones, C. (2007). *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York: Springer.
- Mestrum F. (2007). Les chiffres de la santé et la santé des chiffres. In Katz, A. & Duchatel, J. (sous la direction). *La santé pour tous ! Se réapproprier Alma Ata*. CETIM, PubliCetim n°s 27-29, Genève, Suisse : 41-55.
- Metzler, M., Amuyunzu-Nyamongo, M., Mukhopadhyay, A., & de Salazar, L. (2007). Community intervention on social determinants of health: focusing the evidence. In: D. V. McQueen & C. Jones (Eds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 225-245). New York: Springer.
- Ministère Béninois de la Santé (MS/Bénin). (1997-2006). *Annuaire des statistiques sanitaires 1996-2005*. SNIGS/DPP/MS.
- Ministère Béninois de la Santé (MS/Bénin). (2004). *Annuaire des statistiques sanitaires 2003*. SNIGS/DPP/MS.
- Ministère Béninois de la Santé (MS/Bénin). (2006). *Annuaire des statistiques sanitaires 2005*. SNIGS/DPP/MS.
- Minkler, M. (2002). *Community organization and community building for health*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Minkler, M., & Wallerstein, N. (2003). Introduction to community-based participatory research. In M. Minkler, & N. Wallerstein (Eds.), *Community-based participatory research for health* (pp 3-26). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Molyneux, H. D., & Nantulya, M. V. (2004). Linking disease control programmes in rural Africa: a pro-poor strategy to reach Abuja targets and millennium development goals. *BMJ*, 328, 1129-32.
- Moodie, R. (2004). Mesurer l'efficacité des politiques de promotion de la santé : quelles leçons tirer des succès australiens ? *Promotion & Education*, Hors série 1, 28-32.
- Moodie, R., & Hulme, A. (2004). *Hands-on health promotion*. Melbourne: IP Communications.
- Murray, J. L. C., Laakso, T., Shibuya, K., Hill, K. & Lopez, D. A. (2007). Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet*, 370, 1040-54.
- Mwenesi, H. (2005). Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: An overview. *Acta Tropica*, 95, 292-297.

- Mwenesi, H., Harpham, T., & Snow, R. W. (1995). Child malaria treatment practices among mothers in Kenya. *Social Science and Medicine*, 40(9), 1271-1277.
- Nafo-Traoré, F. (2005). Rolling back malaria: opportunities and challenges. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 99, 403-406.
- Nations Unies. (2000). *Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire*. NU, septembre 2000.
- Nilsen, O. (1996). Community health promotion: concepts and lessons from contemporary sociology. *Health Policy*, 36, 167-183.
- Ninacs, W. A. (2003). *Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire*. La clé (La coopérative de consultation en développement), Québec (Canada).
- Nyamwaya, D. (2003). Health promotion in Africa: Strategies, players, challenges and prospects. *Health Promotion International*, 18(2), 85-87.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1978). Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario), 21 novembre 1986.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1994). L'action communautaire en faveur de la santé. Genève : 47e Assemblée Mondiale de la santé.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *La déclaration d'Abuja et le plan d'action sur le projet Faire Reculer le paludisme*. Abuja, Nigeria, le 25 avril 2000, RBM, OMS.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002a). *Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine*. OMS, Brazzaville.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002b). *L'OMS préconise de nouvelles thérapies anti-paludiques en Afrique*. OMS, Genève, <http://www.esculape.com/infectio/palu_oms-2002.html> Consulté le 15 avril 2004.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2005). *La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation*. Sixième conférence internationale pour la promotion de la santé, Bangkok, Thaïlande, 11 août 2005.
- Ouellet, F., René, J-F., Durand, D., Dufour, R., & Garon, S. (2000). *L'empowerment dans Naître égaux - Grandir en santé*. Montréal, Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal-centre, Direction de la santé publique, Montréal.
- Panosian-Dunavan, C. P. (2006). La lutte contre le paludisme. *Pour la Science*, 343, 42-48.
- Petersen, A. R. (1994). Community development in health promotion: Empowerment or Regulation? *Australian Journal of Public Health*, 18(2), 213-217.
- Pissarro, B., Oberlé, D., Shapman, S., Billaud, V., Delour, M., Jésus, F., et al. (2000). *Développement social et Promotion de la santé : la démarche communautaire*. Nancy. Société Française de Santé Publique, (Collection santé et société n°9).
- Purdey, A. F., Adhikari, G. B., Robinson, S. A., & Cox, P. W. (1994). Participatory health development in rural Nepal: Clarifying the process of community empowerment. *Health Education Quarterly*, 21(3), 329-343.
- Raeburn, J. M. (1992). Health promotion research with heart: keeping a people perspective. *Canadian Journal of Public Health*, 83(Supplement 1), s20-24.

- Raeburn, J., Akerman, M., Chuengsatiansup, K., Mejia, F., & Oladepo, O. (2005). *Building community capacity to promote health*. The 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, 7-11 August 2005 (Track 4.4).
- 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.
- Reinhardt, E. (2004). *Objectif : éradiquer la poliomyélite dans le monde*. Nations Unies Chroniques, Édition en ligne. Consulté le 25 mai 2007.
<http://www.un.org/french/pubs/chronique/2004/numero3/0304p50.html#>
- Ridde, V., Delormier, T., & Goudreau G. (2007). Evaluation of empowerment and effectiveness: Universal concepts? In: D. V. McQueen & C. Jones (Eds), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 285-399). New York: Springer.
- Ridde, V., & Seck, A. (2006). Quelques défis de la mise en oeuvre de la charte de Bangkok en Afrique francophone. In : E. van Steenberghe, & D. St-Amand (Eds.), *La charte de Bangkok : ancrage pour de meilleures pratiques en promotion de la santé ?* (pp. 57-61). Montréal (Québec): Collection REFIPS.
- Rissell, C. (1994). Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9, 39-47.
- Ristock, J. L. (2004). Manitoba community action program for children. Qualitative evaluation. Manitoba: Women's Health Clinic.
- Ristock, J. L., & Pennell, J. (1996). *Community research as empowerment: Feminist links, post-modern interruptions*. Don Mills, ON: Oxford Press.
- Roberts, R. O., Bergstralh, E. J., Schmidt, L., & Jacobsen, S. J. (1996). Comparison of self-reported and medical record health care utilisation measures. *Journal of Clinical epidemiology*, 49(9), 989-995.
- Robertson, A., & Minkler, M. (1994). New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, 21, 295-312.
- Rogghmann, K. J., & Haggerty, R. J. (1974). Measuring the use of health services by household interviews: A comparison of procedures used in three child health surveys. *International Journal of Epidemiology*, 3(1), 71-81.
- Sachs, L., & Tomson, G. (1992). Medicines and cultures – a double perspective on drug utilisation in a developing country. *Social Science and Medicine*, 34(3), 307-315.
- Salazar, L. de (2007). Feasibility for health promotion under various decision-making contexts. In: D. V. McQueen & C. Jones (Eds), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 353-365). New York: Springer.
- Shilton, S., Bauman, A., Bull, F., & Sarmiento, O. (2007). Effectiveness and challenges for promoting physical activity globally. In: D. V. McQueen & C. Jones (Eds), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 87-106). New York: Springer.
- Sirima, S. B., Konate, A., Tiono, A. B., Convelbo, N., Cousens, S., & Pagnoni, F. (2003). Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 8(2), 133-139.

- Speller, V., Learmonth, A., & Harrison, D. (1997). The search for evidence of effective health promotion. *BMJ*, 315: 361-363.
- Syme, S. L. (2004). Social determinants of health: The community as an empowered partner. *Preventing Chronic Disease*, 1(1), 1-5.
- Tarimo, D. S., Lwihula, G. K., Minjas, J. N., Bygbjerg, I. C. (2000). Mothers' perceptions and knowledge on childhood malaria in the holendemic Kibaha district, Tanzania: implications for malaria control and the IMCI strategy. *Tropical Medicine and International Health*, 5(3), 179-84.
- Teklehaimanot, A., Sachs, J. D., & Curtis, C. (2007). Malaria control needs mass distribution of insecticidal bednets. *Lancet*, 6736(07), 60951-9.
- The Global Fund. (2004). *A force for change: The Global Fund at 30 months*. The Global Fund to fight AIDS, tuberculosis and malaria. Geneva, Switzerland.
- Trigg, P., & Kondrachine, A. (1998). The Global Malaria Control Strategy. *World Health* 3, 4-5.
- Union Internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé. (2000). *L'efficacité de la promotion de la santé : Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe*. Deuxième Edition, Bruxelles-Luxembourg: ECSC-EC-EAEC.
- Van den Broucke, S., Hennion, W., & Vernailen, N. (2006). Planning for empowerment in health promotion with socio-economically disadvantaged communities: Experiences with a small group approach. *Archive of Public Health*, 64, 143-158.
- 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.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3), 197-205.
- Wallerstein, N. (1999). Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities. *Social Science and Medicine*, 49(1), 39-53.
- Wallerstein, N. (2006). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed on 24th August 2007).
- Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1994). Health education and community empowerment: conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and community control. *Health Education Quarterly*, 21, 141-148.
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2006). Using community-based participatory research to address health disparities. *Health Promotion Practice*, 7(3), 312-323.
- Werner, D., & Sanders, D. (2006). Vie et mort des soins de santé primaires. In: A. Katz, & J. Duchatel (Eds.), *La santé pour tous ! Se réapproprier Alma Ata* (pp. 27-37). People's Health Movement, Genève: CETIM.
- Williams, H. A., & Jones, C. O. H. (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.
- Wise, M. (2007). The role of Governance in health promotion effectiveness. In: D. V. McQueen & C. Jones (Eds.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 259-278). New York: Springer.

- Woelk, G. B. (1992). Cultural and structural influences in the creation of a participation in community health program. *Social Science and Medicine*, 34, 419-24.
- World Health Organization. (1994). *Basic techniques for the microscopic diagnosis of malaria, Part 1*. World Health Organization, Geneva, 15-67.
- World Health Organization. (1996). *Assessment of therapeutic efficacy of Anti-malarial drugs for uncomplicated falciparum malaria in areas with intense transmission*. WHO/MAL/96.1077.
- World Health Organization. (2000). *The African summit on Roll Back Malaria, Abuja, Nigeria*. Geneva (WHO/CDS/RBM/2000.17).
- World Health Organization. (2002). *Monitoring Antimalarial Drug Resistance*. Report of a WHO consultation Geneva, 3–5 December 2001. WHO/CDS/CSR/EPH/2002.17, WHO/CDS/RBM/2002.39.
- World Health Organization. (2003a). *Malaria is alive and well and killing more than 3000 African children every day*. Geneva, World Health Organization:3. Consulté le 2 juin 2004 au <http://whqlibdoc.who.int/press_release/2003/PR_33.pdf>.
- World Health Organization. (2003b). *The Africa Malaria Report*. Geneva (WHO/CDS/MAL/2003.1093).
- World Health Organization. (2004). *Scaling up home management of malaria: from research to implementation*. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/MAL/2004.1096).
- World Health Organization. (2005). *World Malaria Report 2005*. Geneva: World Health Organization; http://www.who.int/wmr/exsummary_en.htm (Accessed 7 July 2005).
- World Health Organization. (2006). *What is people-centred health care?* World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. http://www.wpro.who.int/sites/pci/health_care.htm (21.07.07).
- World Health Organization/Europe. (1998). *Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers*. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen.
- 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.
- Yamey, G. (2004). Roll Back Malaria: a failing global health campaign. *BMJ*, 328, 1086-7.
- Yoo, S., Weed, N. E., Lempa, M. L., Mbondo, M., Shada, R. E., & Goodman, R. M. (2004). Collaborative community empowerment: An illustration of a six-step process. *Health Promotion Practice*, 5, 256-265.
- Zimmerman, M. (1995). Psychological empowerment: issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23, 581-599.