

INTRODUCTION GENERALE

*« Va à la recherche des peuples...
commence par ce qu'ils savent...
bâtis sur ce qu'ils ont. »*

Ancien proverbe chinois

0.1. Le paludisme dans le monde et en Afrique subsaharienne

Le paludisme continue d'être la principale cause de morbidité et de mortalité dans les pays d'Afrique subsaharienne (ASS) (Bremen et al., 2004). Chaque année, 350 à 500 millions de personnes en souffrent dans le monde, le plus souvent dans sa forme grave (WHO, 2005). Près de trois millions d'enfants et d'adultes continuent de mourir de cette maladie dans le monde chaque année malgré l'existence de mesures préventives et curatives efficaces (Carter & Mendis, 2002 ; Greenwood et al., 2005 ; Trigg & Kondrachine, 1998). Environ 94% de ces décès dus au paludisme dans le monde surviennent en ASS (Bryce et al., 2005). On observe, en ASS, depuis le siècle dernier une tendance à la hausse de ces décès dus au paludisme (Graphique 1). Les victimes sont principalement les enfants de moins de cinq ans dont un au moins meurt toutes les 30 secondes (WHO, 2003a). Cette grande prévalence du paludisme traduit une situation de pauvreté et d'inadéquation des services de santé (Barat et al., 2004 ; Guiguemdé et al., 1997 ; Keiser et al., 2004 ; Malaney et al., 2004 ; Panosian-Dunavan, 2006). Par ailleurs, le paludisme en lui-même, de par ses conséquences, contribue à maintenir les populations dans un état de pauvreté, parce que faisant perdre à l'ensemble des pays africains subsahariens plus de 12 milliards de dollars US chaque année à travers les pertes de revenus, d'investissements étrangers et de ressources liées au tourisme. (Chima et al., 2003 ; Greenwood et al., 2005 ; Heggenhougen et al., 2003 ; Panosian-Dunavan, 2006). Au niveau des ménages par exemple, le paludisme diminue les ressources destinées aux dépenses de première nécessité (nourriture, frais de scolarisation, etc.) et favorise la multiplication des naissances à cause de la logique qui est souvent évoquée : *« il faut en faire suffisamment en prévision de la part de la mort »* (Panosian-Dunavan, 2006).

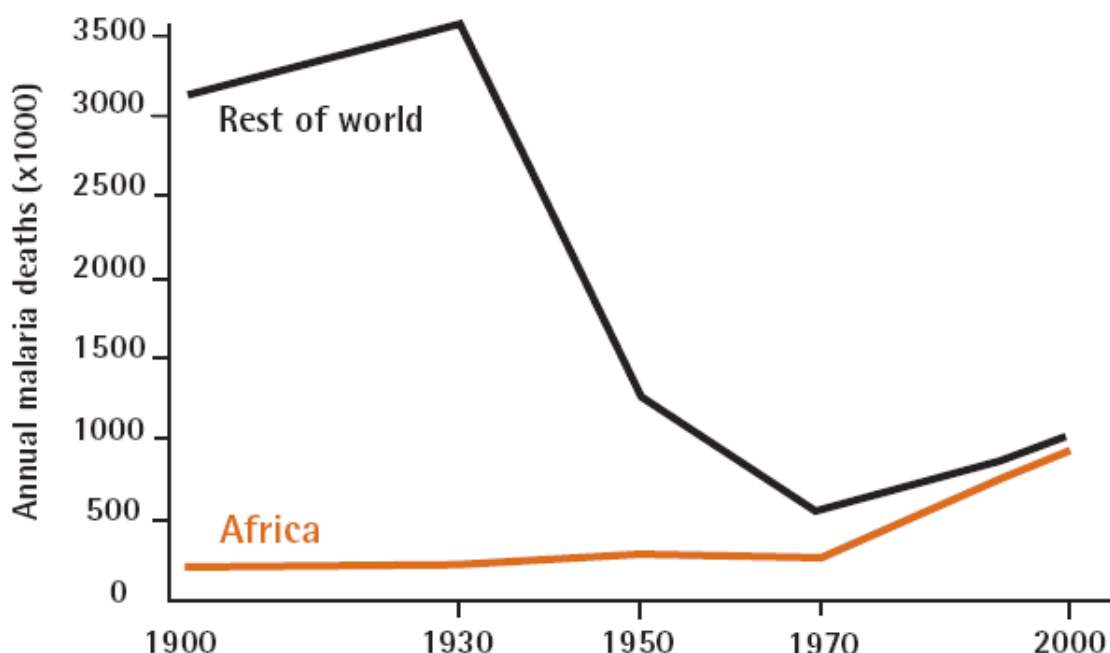
0.2. Le contexte international et national au moment de l'étude

Au moment de réaliser la présente étude, les chefs d'Etat et de gouvernement de l'ASS ont, à maintes occasions, porté leur attention sur la problématique du paludisme et ont, de ce fait, œuvré à l'adoption de nombreuses déclarations pour un meilleur contrôle de cette maladie. Parmi ces déclarations nous mentionnons celle d'Abuja et les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (Annexes 7 et 8).

0.2.1- Le sommet des chefs d'Etat et de gouvernement à Abuja

Conscients de la situation du paludisme, les gouvernements d'ASS ont donné à la lutte contre le paludisme une priorité dans les interventions pour le bien-être des populations de la région (WHO, 2000). L'accent est mis en particulier sur le paludisme des enfants qui constituent l'une des populations vulnérables au *Plasmodium falciparum*, le principal agent pathogène en cause dans la région (Greenwood et al., 2005). Cette préoccupation des autorités africaines les avait amené à se réunir à Abuja (Nigeria) en 2000 où il était prévu qu'à la fin de l'an 2005, au moins 60% des personnes souffrant du paludisme auront

aisément accès à un traitement approprié et moins coûteux dans les 24 heures après le déclenchement de la maladie (WHO, 2000). Si on peut se permettre de se demander sur quelles bases les autorités ont-elles fixé un tel objectif à atteindre, on ne peut aussi s'empêcher de s'interroger sur les résultats obtenus à l'échéance de 2005 (Molyneux & Nantulya, 2004 ; Yamey, 2004) ?



Graphique 1 : Décès annuels dus au paludisme au cours du 20e siècle dans le monde et en Afrique (d'après Carter & Mendis, 2002).

Pour atteindre cet objectif, les gouvernements des pays de la région d'ASS ont initié, entre autres, le renforcement des interventions à base communautaire et principalement l'initiative de la prise en charge domiciliaire précoce du paludisme de l'enfant (HMM) (WHO, 2003b), la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (Bremam et al., 2004), et l'utilisation généralisée des moustiquaires imprégnées (Abdulla et al., 2005 ; Lengeler, 2004 ; Lengeler, 2005 ; WHO, 2004). Plusieurs expériences ont été faites avec des résultats encourageants en milieux communautaires dans de nombreux pays de la région, tels que le Kenya (Marsh et al., 1999 ; 2004), l'Ethiopie (Kidane & Morrow, 2000) et le Burkina Faso (Sirima et al., 2003). Ces expériences sont restées localisées sans une réplique en tant que telle dans tous les pays (Yamey, 2004) ou du moins, pour certains, dans toutes les régions des pays concernés (Ahorlu et al., 2006). Il n'est donc pas étonnant qu'à la fin de l'année 2005, les résultats des engagements d'Abuja ne soient pas atteints (Ahorlu et al., 2006 ; Butler, 2007 ; Molyneux & Nantulya, 2004 ; Yamey, 2004).

Cependant, il faut se demander, si la généralisation de ces expériences avait eu lieu, auraient-elles permis d'atteindre les objectifs d'Abuja ? Si l'on considère les analyses de Adongo et al. (2005), Baume (2002a ; 2002b), Jones (2006), Jones et Williams (2004) et, Williams et Jones (2004), on pouvait anticiper l'échec des objectifs d'Abuja même avec la mise en œuvre des initiatives comme celle du HMM. Pour ces auteurs, la prise en charge du paludisme nécessite la considération intrinsèque de facteurs tels que ceux

socioéconomiques, culturels, environnementaux et autres qui sous-tendent cette affection. Mais plus encore, ajoutée à ces facteurs, il y a toute la structure du système sanitaire dans les pays d'ASS, qui constitue un frein potentiel à l'atteinte de ces objectifs (Panosian-Dunavan, 2006 ; WHO, 2004). En d'autres termes, plusieurs facteurs sont à considérer simultanément pour une prise en charge efficace du paludisme et celui de l'enfant en particulier, impliquant une connaissance appropriée des populations partenaires (Durrheim et al., 2002 ; Harries, 2003 ; Jones, 2006 ; Jones & Williams, 2004). Les actions dans le sens de l'atteinte des objectifs d'Abuja n'ont pas tenu compte de ces aspects intrinsèques à la prévalence du paludisme (Panosian-Dunavan, 2006 ; Molyneux & Nantulya, 2004 ; Yamey, 2004). Face à cette persistance de la prévalence du paludisme, de nouveaux engagements au niveau international sont intervenus pour, à nouveau, tenter de contrôler cette maladie, en l'occurrence ceux définis à travers les OMD (Annexe 8).

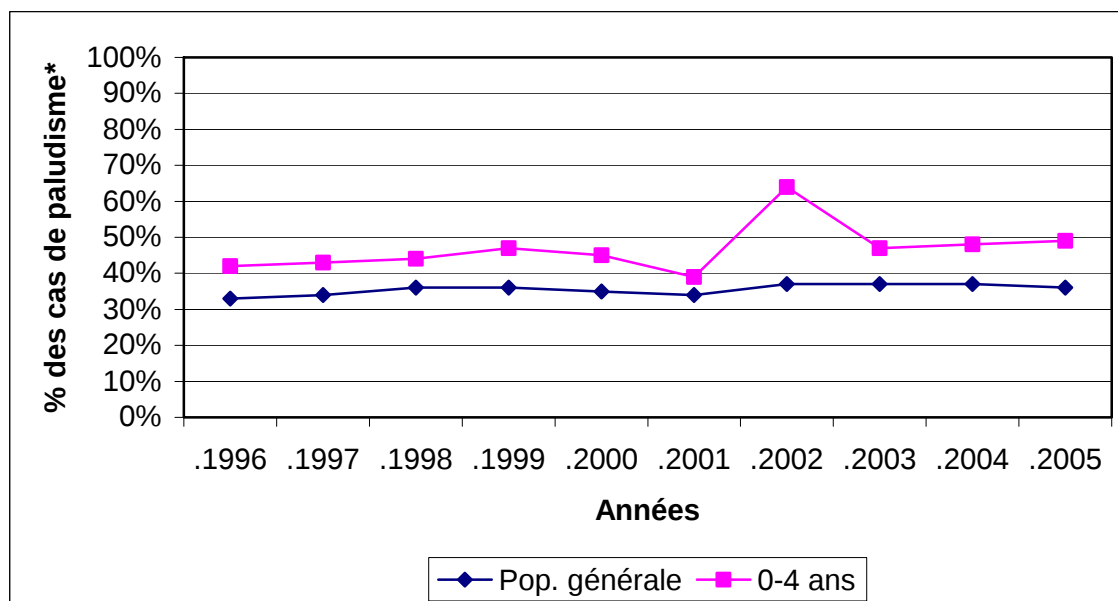
0.2.2- Les Objectifs du Millénaire pour le Développement

Au-delà du continent africain, la problématique du paludisme est une préoccupation à l'échelle mondiale exprimée à travers les OMD (Annexe 8). A travers les OMD, la communauté internationale reconnaît ainsi la place du paludisme dans le sous-développement de l'ASS (Lapeyre, 2006 ; Panosian-Dunavan, 2006). Toutefois, la forme d'objectif que constituent les OMD, ciblant des affections particulières sans les considérer dans les contextes spécifiques qui les génèrent semble positionner la résolution du problème du paludisme (pour ce qui nous concerne) sous l'angle de la vision biomédicale de la santé (Lapeyre, 2006). Selon Lapeyre (2006), cette forme de résolution des problèmes est loin de favoriser l'atteinte des OMD. Murray et al. (2007) affirment, en examinant l'OMD 4 : *"Globally, we are not doing a better job of reducing child mortality now than we were three decades ago ..."* Si donc rien n'est fait dans le sens de la prise d'actions adaptées à la réalité du paludisme telle que la vivent les communautés dans la région ASS, il y a fort à parier que les OMD constituent déjà un échec (Bryce et al., 2006 ; Campbell, 2007). Les enfants africains continueront à mourir du paludisme (Werner & Sanders, 2006).

0.3. L'approche de prise en charge du paludisme et les efforts du Bénin

Au Bénin, le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de cinq ans (voir par exemple les tableaux 2.2 et 2.3 en Annexe 2). En 2005, 49% des consultations et 50% des hospitalisations des enfants de moins de cinq ans étaient dues au paludisme¹. Le paludisme fait partie, de ce fait, des priorités d'action des autorités politiques à travers le Ministère de la santé (MS/Bénin, 2006). Plusieurs actions sont mises en place, s'inscrivant dans le cadre des politiques en cours concernant le paludisme aux niveaux régional et international, parmi lesquelles : la promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées (MI), l'adoption d'une politique de traitement des cas de paludisme par la thérapie combinée d'Artémisinine (ACT) (MS/Bénin, 2006 ; OMS, 2002b). En dépit de tous ces efforts, lorsqu'on considère par exemple la période décennale 1996-2005, le paludisme est resté tout le temps, la première cause de morbidité et de mortalité au Bénin, avec plutôt une tendance à la hausse, comme le montre le graphique 2 (MS/Bénin, 1997-2006).

¹ Ces taux tiennent compte des cas d'anémie (hors malnutrition et autres causes) dont le paludisme constitue la principale cause dans la population des enfants de moins de cinq ans au Bénin (Ahlonso, 1993 ; MS/Bénin, 2006), comme ailleurs en zone d'endémie palustre (Crawley, 2004).



Source : Annuaire statistique sanitaire nationale 1996-2005. *Tiennt compte des % d'anémie

Graphique 2 : Evolution des cas de paludisme (en pour cent) dans la population générale et chez les enfants de moins de cinq ans en consultation de 1996 à 2005 au Bénin

0.4. Que faire face à la persistance du paludisme ?

Le paludisme est-il pour autant une maladie invincible malgré l'existence de mesures curatives et préventives efficaces ? Le vaccin n'est-il pas la solution idéale ? Les événements récents en matière de vaccination sur le continent rappellent que le vaccin n'est pas toujours la meilleure solution pour des populations qui ne sont pas convaincues de la logique biomédicale au même titre que les professionnels de la santé (Helman, 2007 ; Reinhardt, 2004). La situation du paludisme invite, à notre avis, à une réflexion sur les stratégies traditionnelles de lutte contre les maladies. Pour Alilio et al. (2004), Jones (2006), Jones et Williams (2004), les stratégies actuellement utilisées contre le paludisme ne sont pas adaptées. Selon eux, le paludisme en ASS est caractérisé par son ancrage dans un contexte culturel, socioéconomique, environnemental particulier. Aussi, au paludisme et plus précisément à la fièvre qui en est le principal signe, sont liées des perceptions et représentations particulières (Adongo et al., 2005 ; Baume, 2002a ; Helman, 2007, p. 412 ; Jones & Williams, 2004 ; Kamat, 2006). Ainsi, parce que le lien n'est pas fait entre la fièvre et le paludisme, les parents ont recours à des pratiques thérapeutiques pour faire baisser la fièvre en utilisant, entre autres, les antipyrétiques et/ou antipaludiques, mais sans respecter ni la posologie ni la durée du traitement (Baume, 2002a ; Helman, 2007, p. 412 ; Kamat, 2006 ; Marsh et al., 2004). La plupart des programmes de lutte contre le paludisme ont souvent peu ou pas de volets qui s'occupent véritablement de ces différents facteurs (Article 1 ; Baume, 2002b ; Helman, 2007). L'une des raisons possibles est que la médecine a toujours fonctionné avec une certaine vision biomédicale qui amène les professionnels de la santé à apporter les solutions aux populations sans pour autant chercher une véritable collaboration de ces dernières afin d'identifier les différents facteurs sus-mentionnés et de composer avec eux systématiquement (Alilio et al., 2004 ; Baume, 2002b ; Bury, 1988 ; Helman, 2007 ; Jones & Williams, 2004 ; Kamat, 2006). Travailler la question du paludisme

en tenant compte des perceptions et représentations des populations serait une manière de leur conférer un peu du pouvoir qui revenait exclusivement aux professionnels de la santé comme le souhaite la Déclaration des Soins de Santé Primaires (OMS, 1978) : « *Une forte participation des peuples est essentielle et l'autonomie et la conscience sociales sont des facteurs-clés du développement humain.* »

Le concept des Soins de Santé Primaires (SSP), qui est pourtant connu en ASS, « *implique explicitement le besoin d'une stratégie globale de la santé qui ne se concentre pas seulement sur les services de santé, mais aussi sur les causes politiques, économiques, environnementales, sociales et culturelles sous-jacentes de la maladie.* » En d'autres termes, il revient, parlant de stratégies qui conduisent à plus de résultats positifs dans le cadre de la lutte contre le paludisme, de composer avec la notion d'empowerment qui, elle-même, constitue l'une des principales notions du concept de « Promotion de la Santé » (PS) (OMS, 1986 ; OMS, 2005). En quoi la PS peut-elle aider à un contrôle plus efficace du paludisme en général et celui de l'enfant en particulier ? La PS, pour la réalisation des interventions, utilise une stratégie qui part de la collaboration avec les populations victimes pour la définition du problème qui se pose véritablement. Par la maîtrise de tous les facteurs possibles et en prenant en compte les perceptions et représentations qu'ont les populations du problème, l'identification des solutions se base sur les possibilités locales qui sont ainsi aisément applicables par les populations. Cette approche nécessite de plus le soutien des conditions localement étudiées et mises en place par l'ensemble des acteurs identifiés, parmi lesquels se trouve principalement la communauté (Bent, 2003 ; OMS, 2002a ; Raeburn & Rootman, 1998 ; Wallerstein & Bernstein, 1994).

A ce jour, aucune étude n'a tenté de relever le défi du paludisme à travers l'application du concept de PS (Article 1). Ce concept a pourtant, depuis son adoption plus de deux décennies déjà, montré son efficacité à travers d'autres problématiques de santé (McQueen & Jones, 2007 ; Moodie, 2004 ; Raeburn & Rootman, 1998 ; Shilton et al., 2007 ; UIPES, 2000 ; Wallerstein, 2006). La présente étude voudrait, dans la perspective de la PS, vérifier dans quelle mesure l'empowerment communautaire et la participation des parents contribuent à l'amélioration de la prise en charge du paludisme de l'enfant de moins de cinq ans au Bénin.

A travers ce document, nous rendons compte de ce processus d'empowerment communautaire et de la participation des parents dans la lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans. Un processus encore en cours, mais que nous avons évalué pour des raisons de calendrier académique, après 27 mois de mise en œuvre en milieu rural béninois. Après les caractéristiques générales de l'étude, nous exposerons les principaux résultats, les discuterons avant de dégager quelques implications pour les politiques et programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans au Bénin.

Première partie

Caractéristiques générales de l'étude

Chapitre 1 : Problématiques de l'étude

Chapitre 2 : Justification méthodologique, but et objectifs de l'étude

Chapitre 3 : Cadre et méthodes d'étude

Chapitre 4 : L'intervention

« La bactérie n'est rien, le terrain est tout. »

Pasteur

La situation du paludisme en général - et celle du paludisme de l'enfant en particulier - trouve ses racines au-delà du seul secteur sanitaire. Nous essayons, à travers ce chapitre de montrer l'étendue des implications de ces facteurs, qui sont à la base du paludisme de l'enfant, pour une lutte efficace. Après avoir passé en revue l'importance des facteurs et les différentes préoccupations dans le cadre d'un contrôle efficace, nous nous sommes consacré à montrer l'intérêt de repositionner la lutte contre le paludisme de l'enfant dans une perspective globale de la PS à travers ses notions d'empowerment communautaire et de participation. Nous abordons successivement ces notions à travers les articles 1 (en fin de ce chapitre) et 2 (en Annexe 1). Nous présentons ci-après les questions de recherche auxquelles la présente étude tentera de répondre, l'hypothèse qui la sous-tend et le modèle conceptuel développé dans ce cadre.

1.1. Questions de recherche

1.1.1- Questions générales de recherche

QGR1 : L'implication des parents dans la planification des programmes de lutte contre le paludisme, dans la perspective de la promotion de la santé, n'aidait-elle pas dans l'administration de soins préventifs et curatifs adéquats et ultérieurement à obtenir une réduction significative des taux de morbidité et de mortalité palustres des enfants de moins de cinq ans ?

QGR2 : Comment l'implication des parents dans la planification des programmes de lutte contre le paludisme, dans la perspective de la promotion de la santé, contribuera t-elle de façon significative à l'administration de soins préventifs et curatifs adéquats et ultérieurement à la réduction de la morbidité et de la mortalité palustres des enfants de moins de cinq ans ?

1.1.2- Questions spécifiques de recherche

QSR1 : Quels sont, pour les professionnels de la santé, les appréhensions et les facteurs favorisant l'implication des parents dans le processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans ?

QSR2 : Quels sont, pour les parents, les appréhensions et les facteurs favorisant leur participation aux programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans dans leurs communautés ?

QSR3 : Dans quelle mesure l'empowerment communautaire et la participation des parents contribuent-ils à l'obtention de meilleurs résultats dans la prévention et le recours précoce aux soins médicaux en matière du paludisme de l'enfant de moins de cinq ans ?

1.2. Hypothèse de recherche

L'implication des parents dans la planification des programmes de lutte contre le paludisme, dans la perspective de la promotion de la santé, contribue de façon significative à

l'administration de soins préventifs et curatifs adéquats et ultérieurement à la réduction de la morbidité et de la mortalité palustres des enfants de moins de cinq ans, ainsi qu'à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie de la communauté.

1.3. Modèle conceptuel

Les différentes questions de recherche et l'hypothèse de cette étude amènent à retenir le modèle conceptuel présenté sur la page suivante. Il montre la nécessaire conjugaison des efforts des différents acteurs potentiels de la lutte contre le paludisme de l'enfant. Sans être exhaustif, nous mentionnons quelques-uns de ces acteurs en dehors du système sanitaire ainsi que les rôles qui sont les leurs dans l'organisation de la lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans. A travers ce modèle conceptuel, nous voulons signifier qu'il s'agit de s'asseoir autour d'une même table avec ces acteurs pour l'élaboration du programme de lutte contre le paludisme, chacun comprenant et jouant pleinement sa part de responsabilité dans l'action.

- **Secteur de l'Urbanisme** : élaborer et mettre à exécution un plan d'urbanisation des villes et campagnes en délimitant les zones habitables et celles réservées à d'autres activités de développement telles que l'agriculture et l'industrie. Ce qui éviterait l'occupation anarchique des zones impropres à l'habitation (ex. des zones marécageuses) et l'insalubrité. Un modèle d'habitat en milieu rural aidant à la protection contre les piqures des moustiques à l'intérieur des maisons devrait être promu ;
- **Secteur de l'Environnement** : assainir l'environnement par la mise en place de différents programmes de collecte et de traitement des déchets, assurant une hygiène du milieu propice à la lutte contre la prolifération des moustiques vecteurs du paludisme ;
- **Secteur de l'Administration territoriale** : recenser les naissances et les décès afin de faciliter le suivi de la population et la mise en œuvre d'actions appropriées de protection ;
- **Secteur de l'Emploi et de la Promotion des Petites et moyennes entreprises** : assurer un revenu minimum à l'ensemble de la population de façon à permettre à chaque ménage de faire face au minimum requis pour le bien-être en général et pour la protection contre les moustiques en particulier ;
- **Secteur des Finances (Micro-finance)** : favoriser le financement des activités génératrices de revenus des mères afin de leur donner la possibilité de recourir aux soins adéquats et sans délais en cas de fièvre des enfants ;
- **Secteur de l'Agriculture** : promouvoir une agriculture de développement qui, tout en visant la grande productivité, tienne compte particulièrement des conditions ne favorisant pas la prolifération des vecteurs du paludisme en particulier ;
- Etc.

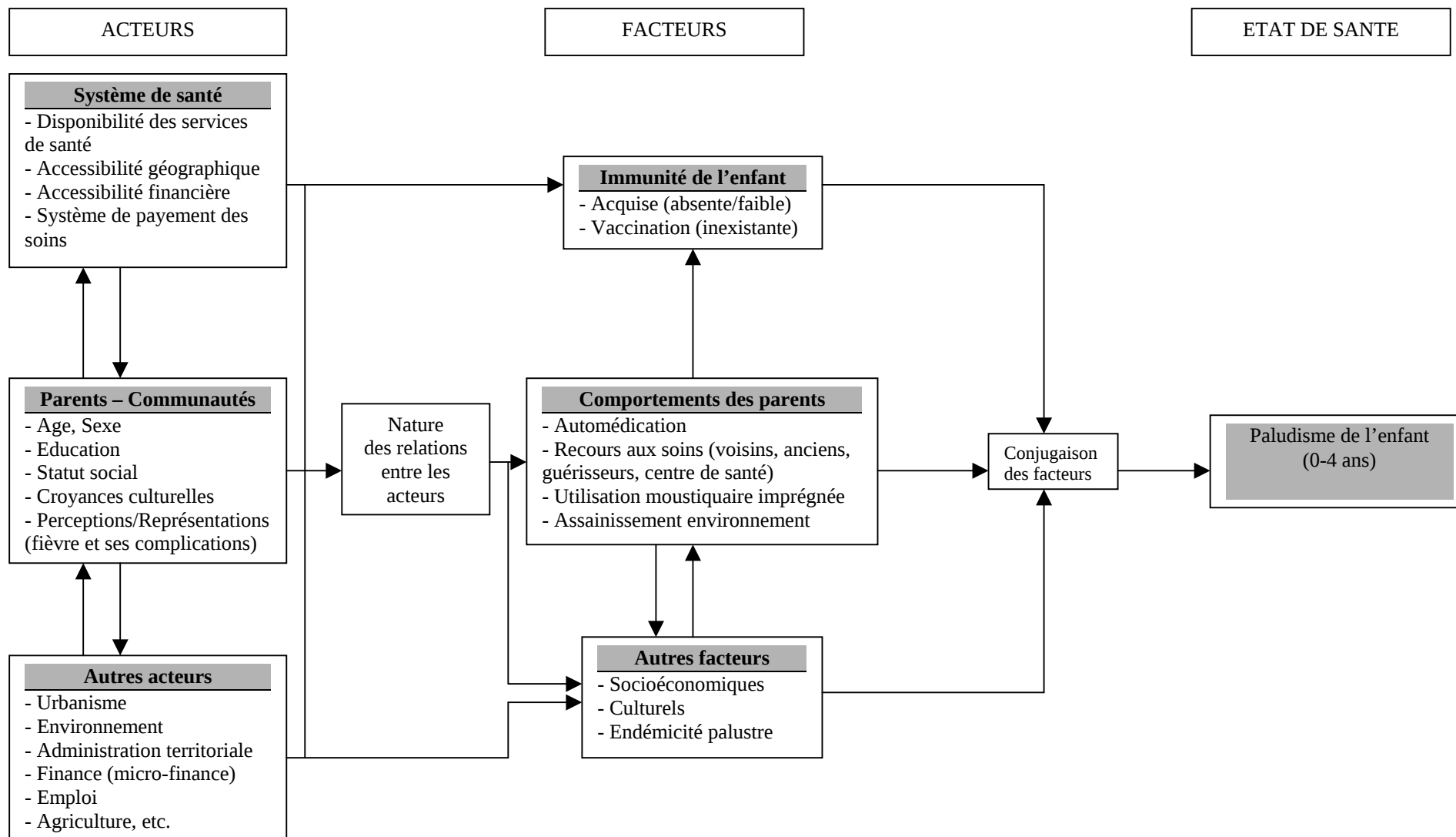


Figure 1 : Modèle conceptuel représentant les interactions à prendre en compte dans la lutte contre le paludisme de l'enfant

Article 1 : Houeto D, D'Hoore W, Ouendo E, Charlier D, Deccache A. Malaria control among children under five in sub-Saharan Africa: the role of empowerment and parents' participation besides the clinical strategies. *Rural and Remote Health* 7 (online), 2007: 840. Available from: <http://www.rrh.org.au>

ABSTRACT

Context: Child malaria remains a vital concern in sub-Saharan Africa in spite of major efforts to control it. The widely advertised best curative and preventive measures are not always accessible.

Issue: This article examines the extent to which parents' perceptions and representations are considered, including their empowerment and participation in interventions aimed at controlling child malaria. The effect of this is examined through a content analysis of articles selected in the PubMed and Wholis databases over the period of 1996 to 2005. This analysis was performed according to three predefined categories consistent with the three main health promotion strategies used in the WHO-AFRO region: (1) development of knowledge and skills; (2) creation of supportive environments; and (3) advocacy.

Lessons learned: Successful interventions met the health promotion strategies wholly or partly. Although these interventions were sometimes incomplete, the development took into account people's perceptions and representations. The authors acted on the belief that empowerment of parents and their participation in the development of interventions to control child malaria, is likely to yield better results and assist in reducing the prevalence of malaria morbidity and mortality in children under 5 years.

Key words: child malaria, community empowerment, community participation, health promotion, Sub-Saharan Africa.

ARTICLE

Context

Malaria is a major threat to public health in Africa¹, and remains the leading cause of death in children under 5 years in this region^{2,3}. Bryce et al⁴ report that 94% of deaths due to malaria worldwide occur in Africa. However, national and international malaria control programs have been implemented, including: Integrated Management of Childhood Illness (IMCI); Roll Back Malaria initiative; and the Global Fund. Major progress in the prevention and treatment of malaria has been reported through the adoption of Artemisinin combined therapy (ACT) from several countries⁵; the use of insecticide treated bed nets⁶; and Intermittent Preventive Treatment (IPT) for pregnant women and children⁷. However, despite the existence of effective treatment and protective measures, malaria continues to be of concern⁸⁻¹⁰.

In an attempt to address this concern, a research-action project was initiated in rural communities in Benin (west Africa), integrating child fever representations and perceptions of parents of children under 5 years on malaria control. A literature review to determine current aspects of child malaria control interventions was carried out to inform the process.

McCombie¹¹ reported that care-seeking in the event of fever is very poor and many cases of fever have non-specific treatment at home. He recommended that home-based management of malaria be improved in order to reduce the progression of cases to severe forms. Although WHO promotes a malaria home management initiative, it is arguable as to whether this initiative addresses peoples' interests¹²⁻¹⁴. Williams and Jones¹⁵ contend that it is not people's lack of knowledge that determines their healthcare-seeking behaviour in the event of fever, but several other factors (economic, socio-political, and social status). They ask, not to know 'how can we get [communities] to...', but rather 'we should be pressing to find ways to increase people's capacity to have access to complete and effective treatments'.

Issue

The problem of malaria control in children under 5 years now exceeds a simple biomedical vision of health. Under-five malaria control should also involve parents and non-medical community sectors. The concern of this study was to establish whether there are interventions relating to under-five malaria control that impact on the target communities. If so, what were the key elements of that success? Which areas of research can contribute to reduce the prevalence of malaria in under fives?

Methods

We systematically selected articles related to child malaria using the key words ‘malaria’ and ‘child survival’ in PubMed and Wholis (World Health Organization Library database), published between 2000 and 2005. In all, 26 759 articles were obtained: ‘child malaria’ 11 521 (11 114 in PubMed and 407 in Wholis); ‘child survival’ 15 238 (15 227 in PubMed and 11 in Wholis). Using selection criteria relating to the extent of malaria; the progress of curative and preventive malaria care; malaria care-seeking behaviour; and malaria community interventions with parents’ participation and empowerment, we retained 95 articles. These also included references of published and unpublished work on child malaria (1996 and beyond) cited in the articles selected and answering the same criteria (Fig1).

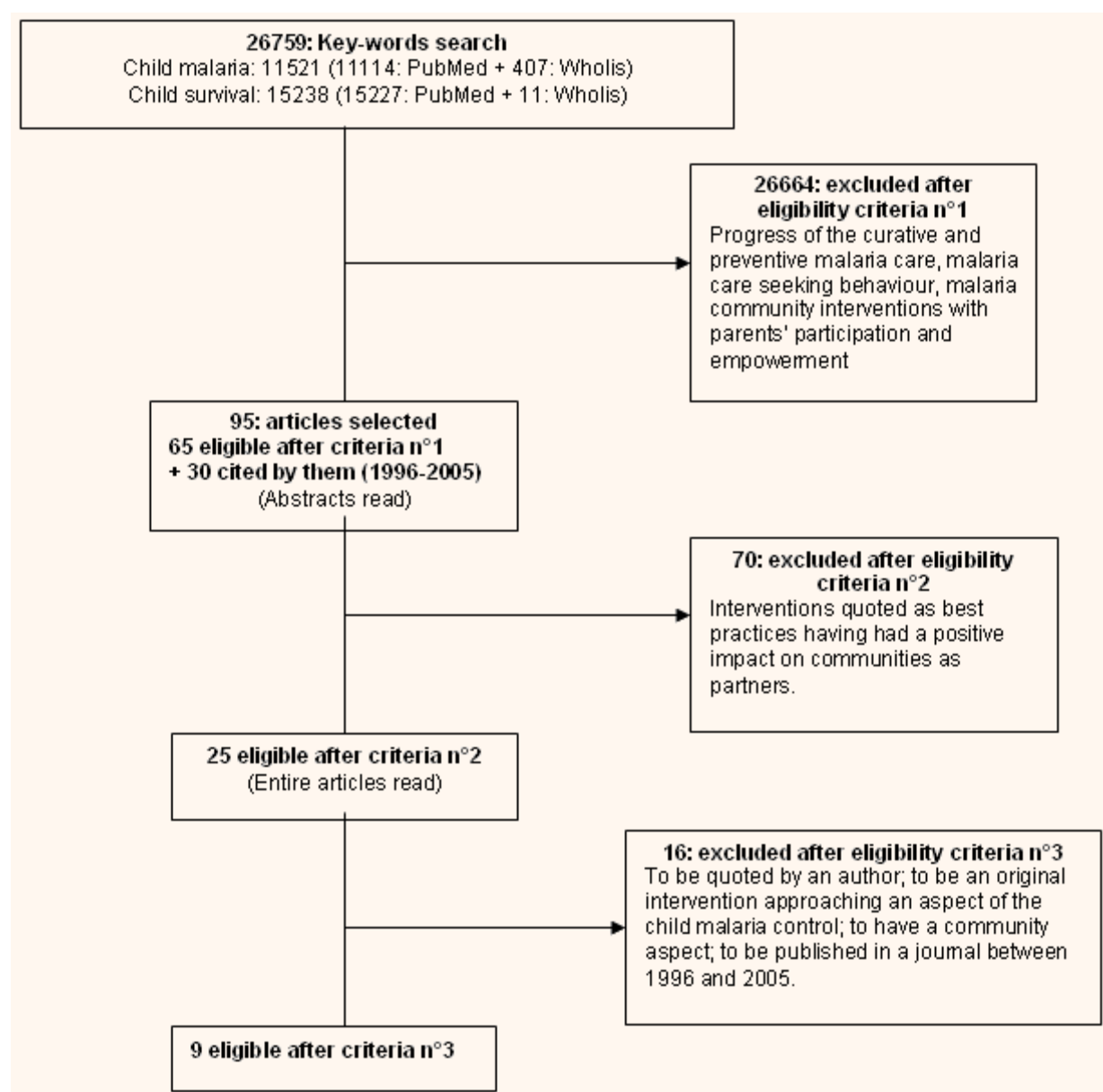


Figure 1: Flow diagram identifying articles accessed for this research.

A content analysis of the selected publications identified those related to effective control of child malaria. Particular focus was placed on interventions that were quoted as examples of good practice that had a positive impact on communities as partners. In all, 25 publications were quoted by six other publications that analysed successful practices in child malaria control. Among these we retained and analysed nine in order to identify elements that appear to have been responsible for successes (Table 1). The following criteria were used to retain the articles analysed: (i) articles quoted by an author; (ii) articles describing an

original intervention to an aspect of child malaria control; (iii) article with a community aspect; (iv) journal articles published between 1996 and 2005 (Fig1).

Excluded from the list of best practice were: unpublished research reports; literature reviews relating to good community child malaria control practices; comments on interventions with community impact noted by other authors; editorials; unpublished oral communications; studies relating to individual patients; interventions published before 1996.

The elements inherent in the analysis were the three major WHO-AFRO health promotion (HP) strategies¹⁶:

1. Development of knowledge and skills (empowerment): strengthening community capacity; community participation in the intervention; taking into account communities' perceptions in strategies development; use of various communication methods to make the intervention known.
2. Creation of supportive environments: establishment of conditions (material, financial, geographical etc) that contribute to adoption of behaviours targeted for promotion; reorientation of health services; enactment of regulations/laws supporting the adoption of the promoted behaviour.
3. Advocacy: any negotiation carried out to reconcile the interests of the recipients to the cause of the intervention and the establishment of partnerships.

Table 1: Authors of the interventions quoted as having had a significant impact on the reduction of malaria incidence in communities^{9,13,15,17-28}

Authors of interventions with impact	Authors who quoted them
Magnussen et al., 2001[17]; Pasha et al., 2003[18].	Holding et al., 2004[19]
Kidane & Morrow, 2000[20]; Marsh et al., 1999[21]; Marsh et al., 2004[22]; Sirima et al., 2003[23].	Mwenesi, 2005[9]
Kidane & Morrow, 2000[20].	Lewin et al., 2005[24]
Kidane & Morrow, 2000[20]; Marsh et al., 1999[21]; Pagnoni et al., 1997[25]; Sirima et al., 2003[23]; Qingjun et al., 1998[26].	WHO, 2004[27]
Kidane & Morrow, 2000[20]; Marsh et al., 1999[21]; Marsh et al., 2004[22]; Pagnoni et al., 1997[25]; Okanurak & Ruebush, 1996[28]; Sirima et al., 2003[23].	WHO, 2005b[13]
Kidane & Morrow, 2000[20]; Marsh et al., 1999[13]; Pagnoni et al., 1997[17].	Williams & Jones, 2004[15]

Results

The reviewed articles were randomized controlled trials ($n = 2$) and community interventions ($n = 7$). Reported Interventions were undertaken in Africa ($n = 7$), Asia and Latin America ($n = 2$), and gained greatest community adherence and showed a decrease of malaria incidence²⁸, severe malaria^{21-23,25,26,28}, and malaria mortality^{18,20}. Table 2 shows the principal aspects of the interventions according to their HP strategies. It is important to note that aspects of the interventions do not necessarily exactly match the concepts they are connected to in this table. For instance, when speaking about community participation, the interventions were not necessarily total and active involvement at all stages of the process, as will be revealed in the discussion.

Lessons learned

It is apparent that aspects that could be attributed to the success of the analysed interventions can be grouped according to the three major categories mentioned¹⁶:

1. Development of knowledge and skills (empowerment).
2. Creation of supportive environments for the promoted behaviour.
3. Advocacy and partnership.

Development of knowledge and skills (empowerment)

Perceptions and social representations in behaviour change interventions: This takes into account perceptions and representations of partner communities contributing to the success of the analysed

interventions, for example Qingjun et al²⁶ and Sirima et al²³ (Table 2). Any behaviour change interventions that had a weak impact were the result of not taking into account social representations of the target audience²⁹⁻³¹. Health behaviours are not only influenced by knowledge or belief, but also conditioned by the social, cultural, economical and political context in which they occur³². It could be said that such factors are context specific.

Disregarding people's representations and perceptions has other repercussions in child malaria. A population's behaviour response to child malaria is to a known disease, mainly the principal sign of the fever, for which there is general reluctance to seek care outside the home³³. Consequently, national health systems' data do not reflect reality, because they are based only on cases received in health facilities³⁴. Baume³³ and WHO²⁷ both noted that national malaria control programs have not made this reality their working tool in planning control interventions. Recognizing this, it is necessary to pass from *individual* practice to integrated interventions, placed in the broader context of social, cultural, political, economic arenas¹⁶. This broader prospect for the development of child malaria control interventions is essential, and conforms to general HP principles, which dictate that health interventions tackle the various influencing factors, commonly known as 'the broad determinants of health'. One way to do this is to develop interventions with the active participation of the population³⁵.

Community participation: Partner communities' participation in an intervention greatly increases the chance of success^{20,25}. However, the community involvement aspect of community participation poses a real challenge to health professionals^{28,36}. Health professionals must place the community's perspective at the centre of interventions in order to empower the community to develop and its own self-determined action³⁷. Community participation should not focus on a *make for* people or population approach, but rather *make with* them. This participation-negotiation approach should be assumed at all levels^{38,39}.

Community participation can be interpreted in two ways. In the first, participation is a means with utilitarian logic that places more importance on the results obtained than the act of participation. The second way is to understand participation as a process that contributes to reinforcing community power. Because parents do not seek care at health facilities for fever but treat it at home, it is useful for health professionals to consider malaria control with their collaboration, through a community dialogue that brings about mutual comprehension. Such actions will have a greater impact in reducing the incidence of malaria^{40,41}.

Integrated use of various communication approaches: It is important to draw partner populations' attention to the interventions, as noted by Kidane and Morrow²⁰, and Marsh et al²². The HP concept, as described by WHO¹⁶, places particular emphasis on the integration of the various approaches and methods used in a medical action.

Creation of supportive environments for the promoted behaviour

Supportive environments, as defined in the methods section, was central in the analysed interventions to the adoption of promoted behaviours^{20,23,25,28} in which anti-malarial drugs are available free or at low cost in communities. Generally, as developed by Green and Kreuter⁴² in the PRECEDE-PROCEED model, the creation of environments supportive to behaviour adoption (called enabling factors) is a major factor in the success of behaviour change. Therefore, for child malaria control to be effective, certain conditions relating to communities' perceptions and representations are essential in order to obtain their support³⁵.

Advocacy and partnership

The majority of interventions analysed in this study worked in inter- or intra-sectoral partnerships with the health sector. If it is recognized that there are factors underlying child malaria that are beyond the health sector's expertise, as mentioned Williams and Jones¹⁵, it is necessary to work in collaboration with sectors other than health. This acknowledges the importance of advocacy when implementing interventions, according to the concept of HP¹⁶.

The link can be made between these lessons and what has been said⁴³ about successful interventions in HP. According to Moodie, the success of HP programs in Australia has been reliant on a number of factors, which include the development of policies, legislations and clear regulations; the communication of

information; the provision of services and improvement of human resources in HP; inter-sectoral shared responsibilities; community mobilization and; the creation of information collection systems⁴³.

In conclusion, it seems that Williams and Jones¹⁵ proposal deserves to be considered with the words of Chavez⁴⁴:

...never presume that you know the needs and priorities of people; confess your utter ignorance of their background, the way their minds work, the reasons for their attitudes, and ask them how they would like you to help.

It seems clear that we should widen our vision of health to include the bio-psychosocial factors (such as social, cultural, economic, environmental, political etc), which underlie malaria. And if health professionals take on the role of 'technical advisers', this will have positive implications for an active population, while strengthening their capacity for action. This 'power' given to populations may then be applied to the resolution of other problems in the community, and would enhance their development. At the very least, we hope this involving and empowering process can succeed in controlling child malaria among endemic communities.

Acknowledgements

The authors thank Mrs L Luwaga and Mrs G Moussouamy and her colleagues from WHO/Gabon for reviewing the first version of this paper. The authors are also grateful to Le Commissariat Général aux Relations Internationales (Belgium) for its financial support.

References

1. Nafo-Traoré F. Rolling back malaria: opportunities and challenges. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2005; **99**: 403-406.
2. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; **361**: 2226-2234.
3. World Health Organization. *The world malaria report 2005*. Geneva: WHO, 2005a.
4. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, the WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; **365**: 1147-1152.
5. World Health Organization/RBM. *Facts on ACTs (Artemisinin-based Combination Therapies)*. Geneva: WHO, 2006. Available: http://www.rollbackmalaria.org/cmc_upload/0/000/015/364/RBMInfosheet_9.pdf (Accessed: 25 March 2006).
6. Lengeler C. Insecticide-treated bed nets and curtains for preventing malaria. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, issue 3. Art. no.: CD000363. DOI: 10.1002/14651858.CD000363.pub2.
7. White NJ. Intermittent presumptive treatment for malaria. *PLoS Med* 2005; **2**: 29-33.
8. Alilio MS, Kitua A, Njunwa K, Medina M, Rønn AM, Mhina J et al. 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* 2004; **71**: 205-213.
9. Mwenesi H. Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: An overview. *Acta Tropica* 2005; **95**: 292-297.
10. Yamey G. Roll Back Malaria: a failing global health campaign. *BMJ* 2004; **328**: 1086-1087.
11. McCombie SC. Treatment seeking for malaria: a review of recent research. *Social Science and Medicine* 1996; **43**: 933-945.

12. Were W. *Bringing malaria management closer to the home*. Geneva: Roll Back Malaria Department, World Health Organization, 2004.
13. World Health Organization. *The Roll Back Malaria Strategy for Improving Access to Treatment through Home Management of Malaria*. WHO/HTM/MAL/2005.1101. Geneva: WHO, 2005b.
14. World Health Organization/RBM. *Malaria home management*. Geneva: WHO, 2004. Available: <http://www.who.int/malaria/homemanagement.html> (Accessed 25 December 2005).
15. Williams HA, Jones COH. A critical review of behavioural issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: what contributions have social scientists made? *Social Science and Medicine* 2004; **59**: 501-523.
16. World Health Organization. *Guidelines for the development of health promotion in countries of WHO African region*. AFR/HPR/02.1. Geneva: WHO, 2002.
17. Magnussen P, Ndawi B, Sheshe AK, Byskov J, Mbwana K. Malaria diagnosis and treatment administered by teachers in primary schools in Tanzania. *Tropical Medicine and International Health* 2001; **6**: 273-279.
18. Pasha O, Del Rosso J, Mukaka M, Marsh D. The effect of providing fansidar (sulfadoxine-pyrimethamine) in schools on mortality in school-age children in Malawi. *Lancet* 2003, **361**: 577-578.
19. Holding PA, Kitsao-Wekulo PK. Describing the burden of malaria on child development: What should we be measuring and how should we be measuring it? *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2004; **71(Suppl 2)**: 71-79.
20. Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomized trial. *Lancet* 2000; **356**: 550-555.
21. Marsh VM, Mutemi WM, Muturi J, Haaland A, Watkins WM, Otieno G, Marsh K. Changing home treatment of childhood fevers by training shop keepers in rural Kenya. *Tropical Medicine and International Health* 1999, **4**: 383-389.
22. Marsh VM, Mutemi WM, Willetts A, Bayah K, Were S, Ross A et al. Improving malaria home treatment by training drug retailers in rural Kenya. *Tropical Medicine and International Health* 2004; **9**: 451-460.
23. Sirima SB, Konate A, Tiono AB, Convelbo N, Cousens S, Pagnoni F. Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health* 2003; **8**: 133-139.
24. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, issue 1. Art. n°: CD004015.pub2; DOI: 10.1002/14651858.CD004015. pub2
25. Pagnoni F, Convelbol N, Tiendrebeogo J, Cousens S, Esposito F. A community-based programme to provide prompt and adequate treatment of presumptive malaria in children. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 1997; **91**: 512-517.
26. Qingjun L, Jihui D, Laiyi T, Xiangjun Z, Jun L, Hay A et al. The effect of drug packaging on patients' compliance with treatment for Plasmodium vivax malaria in China. *Bulletin of the World Health Organization* 1998; **76**: 21-27.
27. World Health Organization. *Scaling up home management of malaria: from research to implementation*. WHO/HTM/MAL/2004.1096. Geneva: WHO, 2004.

28. Okanurak K, Ruebush TK II. Village-based diagnosis and treatment of malaria. *Acta Tropica* 1996; **61**: 157-167.
29. Garnier C. Représentations sociales pour comprendre l'action éducative: apports réciproques. In : C Garnier, ML Rouquette (Eds). *Représentations sociales et éducation*. Éditions Nouvelles, Montréal, 2000: 27-52.
30. Garnier C, Rouquette ML. Introduction. In: C Garnier, ML Rouquette (Eds). *Représentations sociales et éducation*. Éditions Nouvelles, Montréal, 2000: v-xx.
31. Gaudreau L. Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à la santé. In C Garnier, ML Rouquette (Eds). *Représentations sociales et éducation*. Éditions Nouvelles, Montréal, 2000: 143-164.
32. Heggenhougen K, Hackethal V, Vivek P. *The behavioural and social aspects of malaria and its control: An introduction and annotated bibliography* TDR/STR/SEB/VOL/03.1. Geneva: UNCP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR), 2003.
33. Baume C (Ed). *Comparing care seeking for childhood malaria: lessons from Zambia and Kenya*. Arlington, VA: Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS II) for the United States Agency for International Development, 2002.
34. Agyepong IA, Kangeya-Kayonda J. Providing practical estimates of malaria burden for health planners in resource-poor countries. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2004; **71**: 162-167.
35. Jones COH, Williams HA. The social burden of malaria: what are we measuring? *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2004; **71**: 156-161.
36. Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy Planning* 2001; **16**: 221-230.
37. Madan TN. Community involvement in health policy: socio-structural and dynamic aspects of health beliefs. *Social Science and Medicine* 1987; **25**: 615-620.
38. Laverack G, Wallerstein N. Measuring empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International* 2001; **16**: 179-185.
39. Wallerstein N. Power between evaluator and community: research relationships within New Mexico's healthier communities. *Social Science and Medicine* 1999; **49**: 39-53.
40. Deressa W, Ali A, Enqusellassie F. Self-treatment of malaria in rural communities, Butajira, southern Ethiopia. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; **81**: 261-268.
41. Oberlander L, Elverdan B. Malaria in the United Republic of Tanzania: Cultural considerations and health-seeking behaviour. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; **78**: 1352-1357.
42. Green LW, Kreuter MW. *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. Mountain View, CA: Mayfield, 2005.
43. Moodie R. Mesurer l'efficacité des politiques de promotion de la santé: quelles leçons tirer des succès australiens? *Promotion & Education* 2004, **Hors série 1**: 28-32.
44. Chavez MD (Ed.). Risk factors and the process of empowerment. In: *Studies and evaluation papers*. The Hague, Netherlands: Bernard van Leer Foundation, 1991.

Table 2: Principal aspects of the analysed articles^{17,18,20-22,25,28}

Authors	Development of knowledge and skills	Creation of supportive environments	Advocacy (Partnership)
Kidane & Morrow, 2000[20]	- Training of mothers' coordinators about malaria and its treatment. - Collaboration with communities. - Communication.	Availability of drugs at village level.	Local health centres and community leaders.
Magnussen et al., 2001[17]	- Training of pupils and teachers as to the recognition of malaria and its treatment. - Collaboration of teachers, parents and pupils in the decision to include malaria in the teaching program. - Meetings of information and interpersonal communication.	- Improvement of hygiene conditions at schools. - Availability of anti-malarial drugs at schools.	Education and health authorities.
Marsh et al., 1999[21]	- Training of drugs' shopkeepers. Communities expressed the need. Programs were based on the wishes of the community. - Interpersonal and group communication.	Improvement of the communities' choice of malaria treatment.	Local authorities.
Marsh et al., 2004[22]	- Theoretical training followed by practices of unofficial anti-malarial drug retailers. - Follow up by community health workers twice a year. - Use of posters, local dances, theatres to sensitise communities to the program.	- Improvement of a community practice of drugs' purchase. - Retailers' display of training certificates builds community's confidence.	Medical authorities (District and government levels).
Okanurak & Ruebush, 1996[28]	- Training of volunteers, periodic re-training and follow up on a regular basis. - Participation of communities and leaders throughout the process.	- Drugs available close to the community. - Support of medical authorities.	Community leaders.
Pagnoni et al., 1997[25]	- Populations' perceptions and beliefs about child fever identified and taken into account in the development of the intervention. - Mothers were responsible for the treatment of the children as first-line care givers.	- Availability of pre-packaged and affordable treatments.	Health services at all level.
Pasha et al., 2003[18]	- Training of teachers about the symptoms of malaria, the treatment kit. - Collaboration with parents and pupils.	- Availability of treatment kits and trained teachers all the year.	Parents, and health and education professionals.
Qingjun et al., 1998[26]	- Taking into account the population's perception of the number of days for treatment. "The number 8, according to Chinese beliefs, brings good luck and it was considered that a course of Primaquine over 8 days would enhance compliance more than one for 14 days."	- Modification of the dosage methods to fit with the perceptions of the population.	Community
Sirima et al., 2003[23]	- Training of communities and health personnel. - Taking into account local denominations of simple and severe malaria. - Meetings: information and community sensitisation.	Availability of pre-packaged anti-malarials.	Health personnel and opinion leaders.

2.1. Justification méthodologique de l'étude

La présente étude se consacre à la problématique du paludisme de l'enfant à travers les aspects particuliers ci-après :

- Par son dispositif de recherche-action, elle permet à la fois de répondre à notre hypothèse et de contribuer directement à la résolution de la problématique de la fièvre et du paludisme de l'enfant dans une communauté bien précise ;
- Elle ne se focalise pas uniquement sur la fièvre qui, ici est considérée comme un point d'entrée et, au-delà, permet de viser la situation sanitaire et le bien-être global de la communauté partenaire ;
- La participation communautaire dont il est question dans cette étude est vécue sous un tout autre angle, donnant « *tout le pouvoir* » à la communauté pour l'identification des stratégies d'action dans le cadre du projet. Il n'y a donc pas eu d'activités identifiées par avance par l'équipe du projet. En d'autres termes, il s'agit d'une participation qui a permis de placer la communauté au centre de l'action de manière à « *l'autoriser* » à résoudre par elle-même la problématique de la fièvre et du paludisme de l'enfant. Une participation que nous dénommons « *participation appropriative* » et qui confère à l'intervention son caractère de durabilité et de pérennité ;
- C'est pour la première fois que la problématique du paludisme de l'enfant est abordée dans la perspective de la promotion de la santé dans le cadre d'une lutte qui vise à atteindre véritablement les résultats escomptés ;
- Cette étude entre, de ce fait, dans la réflexion globale de la réforme des systèmes de santé surtout dans la région africaine pour l'organisation d'une riposte efficace contre le double fardeau qui pèse sur ce continent en matière de maladies transmissibles et non transmissibles.

2.2. But de l'étude

L'étude vise à contribuer à l'amélioration de l'état de santé des enfants de moins de cinq ans à travers la pleine participation et l'empowerment de leurs parents et de toute la communauté. Nous mettons particulièrement l'accent sur le rôle des parents et les facteurs non-sanitaires (socioculturels, économiques, environnementaux, etc.) qui déterminent la prévalence du paludisme de l'enfant et sans lesquels il est illusoire d'organiser une lutte efficace.

2.3. Objectifs

2.3.1- Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité palustres des enfants de moins de cinq ans dans la communauté d'intervention, à travers l'empowerment communautaire et la participation des parents.

2.3.2- Objectifs spécifiques

OS1. Déterminer la prévalence de la fièvre et du paludisme dans les communautés pilote et témoin ;

- OS2.** Identifier la situation comportementale de la fièvre et du paludisme dans les communautés pilote et témoin et celle cognitive dans la communauté pilote ;
- OS3.** Identifier les appréhensions et les facteurs favorisant l'implication des parents par les professionnels de la santé dans la planification des programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans ;
- OS4.** Identifier les appréhensions et les facteurs favorisant la participation des parents aux programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans ;
- OS5.** Mettre en œuvre, dans la communauté pilote, le processus d'empowerment communautaire et la participation des parents dans la planification de la lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans, basé sur les appréhensions, la situation cognitive et autres facteurs identifiés, chez les professionnels de la santé et les parents ;
- OS6.** Comparer les prévalences de fin d'intervention à celles du début dans et entre les deux communautés pilote et témoin.
- OS7.** Comparer les situations comportementales de fin d'intervention à celles du début entre les communautés pilote et témoin et celles cognitives dans la communauté pilote.

3.1. Cadre de l'étude

La présente étude s'est déroulée dans deux villages (pilote et témoin) de la zone sanitaire (district sanitaire) d'Abomey-Calavi/So-Ava, dans le département de l'Atlantique, au sud du Bénin. Avant de mentionner les caractéristiques propres à ces villages, nous exposons le contexte général du Bénin et particulièrement celui du sud-Bénin auquel ils appartiennent.

3.1.1- Le Bénin

Situé en Afrique de l'Ouest, le Bénin est limité au nord par le fleuve Niger, au nord-ouest par le Burkina Faso, à l'ouest par le Togo, à l'est par le Nigeria et au sud par l'océan Atlantique. Il a un climat chaud et humide marqué par des nuances qui font distinguer trois principales zones climatiques (voir Annexe 2) dont celui du sud qui se caractérise par quatre saisons : une grande saison de pluies d'avril à juillet, une petite saison sèche d'août à septembre, une petite saison pluvieuse d'octobre à novembre et une grande saison sèche de décembre à mars. La population béninoise est estimée à 7 560 930 habitants en 2005 selon les projections de l'INSAE avec un taux d'accroissement annuel moyen évalué à 3,25% (INSAE, 2002). Elle est composée d'une soixantaine d'ethnies qui accordent une très grande importance à la spiritualité avec près de 80% pratiquant la religion traditionnelle, le Vodoun. Sur le plan sanitaire, le paludisme est de loin la première affection responsable des décès dans la population béninoise, suivi dans la population des enfants de moins de cinq ans, de l'anémie qui n'est rien d'autre que la forme compliquée du paludisme dans la grande majorité des cas (Ahlonsou, 1993 ; MS/Bénin, 2006). L'Annexe 2 présente les détails sur le Bénin en lien avec l'étude.

3.1.2- Les communautés d'étude

3.1.2.1- Le Village de Drabo (pilote)

La présente intervention a eu lieu dans le village de Drabo qui est composé de trois hameaux : Drabogbo, Drabokpèvi et Wélimè. Il est situé dans la commune d'Abomey-Calavi, dans le département de l'Atlantique, au Sud du Bénin. Drabo est situé à 9 km de la ville d'Abomey-Calavi, dans l'arrondissement de Togba. Il est à 5 kilomètres du centre de santé de Togba qui dispose d'un dispensaire et d'une maternité. Les populations ont cependant la possibilité d'aller dans le centre de santé de l'arrondissement voisin du nord (Kansoukpa) qui est à moins de 500 mètres de Drabo et qui dispose également d'un dispensaire et d'une maternité. Sa population est estimée à 996 habitants en 2005 selon le recensement de 2002 (INSAE, 2002). La grande majorité, 77% est analphabète. Drabo fait l'objet, par sa position de proximité avec la ville d'Abomey-Calavi, d'une installation progressive de populations étrangères acquéreuses de terres. Sur le plan des croyances, on rencontre à Drabo des chrétiens et des adeptes de la religion traditionnelle. On y distingue deux lieux de culte protestant et des emblèmes de la religion traditionnelle dans les quartiers. Le lieu de culte catholique fréquenté est celui du village voisin du sud (Houéga). Les principales activités des populations de Drabo sont l'agriculture et l'élevage.

3.1.2.2- Le village de Dogodo (témoin)

Le village témoin, dans l'étude, est celui de Dogodo dans l'arrondissement de So-Ava, Commune de So-Ava. Il est situé à moins de 500 mètres du centre de santé de la commune qui dispose d'un dispensaire et d'une maternité. Sa population est estimée à 1694 habitants en 2005 selon le recensement de 2002 et est à 80% analphabète. Les formes religieuses sont la religion traditionnelle, le christianisme et l'islam. On y rencontre deux lieux de culte protestant, une mosquée et un lieu de culte catholique. Les principales activités des populations de Dogodo sont l'agriculture, l'élevage et la pêche.



Carte 1 : Les villages Drabo (Abomey-Calavi) et Dogodo (So-Awa)

3.2. Méthodes de recherche : études et intervention

L'ensemble de l'étude comprend trois volets : un volet de dépistage actif qui s'est déroulé selon le modèle « Pré-Post » et « Pilote-Témoin » (ou encore appelé « avant-après », « ici-ailleurs ») ; un volet communautaire et ; un volet avec les professionnels de la santé (Tableau 1). A ces volets il faut ajouter l'intervention elle-même dont nous exposons la méthode de mise en œuvre (4e volet). Ces études ont eu pour cadre un village d'intervention et un village témoin dont nous présentons ci-après le processus de sélection.

3.2.1- Choix des villages

Pour abriter l'étude, la zone sanitaire (district sanitaire) Abomey-Calavi/So-Ava comportant deux communes a été retenue par choix raisonné sur la base des critères de la prévalence

(élevée) du paludisme, de l'accessibilité géographique, de la connaissance par le chercheur d'un au moins des dialectes qui y sont parlés et de peu de collaboration actuelle et dans le passé avec d'autres institutions d'intervention communautaire. Ce dernier critère visait le caractère un peu « naturel » des milieux par leur moindre exposition à d'autres projets surtout dans le champ du paludisme. La prévalence du paludisme dans la zone sanitaire est estimée à 22% en 2003 (MS/Bénin, 2004). En accord avec les autorités du district sanitaire, un arrondissement a été tiré au hasard pour abriter l'intervention, celui de Togba. Nous avons alors décidé de contacter les villages de cet arrondissement afin de collaborer avec celui d'entre eux, qui accepterait de participer à l'étude (le village d'intervention). Le premier village contacté, Drabo, par l'intermédiaire de son chef du village (CV), a accepté de participer à l'étude. Ce dernier a réuni ses conseillers et les notables du village qui ont, à leur tour, marqué leur accord à la participation à l'étude. L'accord des populations de participer à l'étude est intervenu à l'occasion d'une assemblée générale organisée par le CV à cet effet. Le village témoin, Dogodo dans l'arrondissement de So-Ava (commune de So-Ava) a été choisi sur la base des critères de comparabilité suivants :

- appartenir à la même zone sanitaire,
- se situer dans la même latitude géographique,
- être situé au bord d'un cours d'eau,
- appartenir à la même culture linguistique,
- avoir des compositions semblables des tranches d'âge des enfants de moins de cinq ans.

L'accord du village témoin de participer à l'étude a été donné par le CV. Dans les deux cas, l'autorisation des autorités administratives locales (Maire, Chef d'Arrondissement) a été obtenue. La zone sanitaire d'Abomey-Calavi/So-Ava est située dans le département de l'Atlantique, au sud du Bénin (voir le détail en Annexe 2).

Tableau 1 : Différents volets, intitulés, populations cibles et sites de l'étude

Volets	Intitulés	Populations cibles	Sites d'étude
1 ^{er} Volet	Prévalence et suivi de la fièvre	Enfants et parents du village pilote et témoin	Drabo Dogodo
2 ^e Volet	Représentations, perceptions et pratiques des parents d'enfants de l'étude	Parents d'enfants de 0-4 ans, (grands-parents, notables et guérisseurs du village pilote)	Drabo Dogodo (les pratiques)
3 ^e Volet	Points de vue et perceptions des professionnels de la santé sur la participation des communautés à l'élaboration des programmes de lutte contre le paludisme.	Professionnels de la santé du département de l'Atlantique, du Ministère de la santé et du Programme National de Lutte contre le Paludisme	Département de l'Atlantique (et du Littoral)
4 ^e volet	L'intervention	Population du village pilote	Drabo

3.2.2- Premier volet : Prévalence et suivi de la fièvre

3.2.2.1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique de type transversal en deux passages (pré-post). Elle a consisté en une évaluation de la prévalence de la fièvre et du paludisme, une analyse des recours aux soins et des traitements administrés aux enfants ayant présenté une fièvre dans les 72 heures avant le passage de l'équipe d'enquête. Ce dépistage actif du paludisme chez les enfants des villages d'intervention et témoin s'est déroulé avant et après la mise en place de l'intervention.

3.2.2.2- Population d'étude, échantillon et échantillonnage

La population d'étude est constituée des enfants âgés de 0 à 5 ans² des villages d'intervention et témoin ainsi que de leurs parents (père, mère, grand-père, grand-mère). L'étude a pris en compte de façon exhaustive tous les enfants de 0 à 4 ans en parcourant systématiquement tous les ménages des deux villages sur un passage d'une semaine (recensement). Les enfants absents lors du premier passage ont été vus lors d'un second passage au cours de la même semaine pour l'étude d'« avant intervention » et deux semaines après pour l'étude d'« après intervention » (sur rendez-vous)³. Le Tableau 2 montre les périodes de passage pour les deux collectes « pré-post » et dans les deux villages (pilote-témoin). Le Tableau 3 présente les tailles des échantillons des enfants aux deux périodes de collecte et dans les deux villages ainsi que les tailles des parents (familles) interviewés sur les pratiques préventives et de recours aux soins. Egalement, nous avons procédé, en pré et post intervention, au dépouillement des registres de soins dans les structures sanitaires fréquentées par les populations à l'étude, à la recherche de tous les cas de fièvre palustre d'enfant de moins de cinq ans en provenance des villages d'étude. En pré-intervention, le dépouillement a couvert la période de janvier 2002 à décembre 2004. Celui en post-intervention a couvert la période d'intervention de janvier 2005 à décembre 2006.

3.2.2.3- Techniques, outils de collecte et traitement des données

Tous les enfants répondant aux critères d'âge dans chaque ménage ont été impliqués dans l'étude et examinés. L'âge est vérifié sur le carnet ou la fiche de naissance ou sur le témoignage d'un parent en complément de la déclaration de la mère. Le dépistage actif du paludisme a consisté en un examen (par le chercheur) comprenant la prise de la température systématique, la recherche d'une splénomégalie, de l'existence de la notion de fièvre chez l'enfant depuis les 72 heures ayant précédé l'enquête, et un prélèvement de sang pour la Goutte Epaisse (GE) et le Frottis Sanguin (FS) en cas de notion (ou non) de fièvre confirmée ou non à la prise de la température. La température a été prise à l'aisselle à l'aide d'un thermomètre électronique. Elle est considérée comme positive lorsque supérieure ou égale à 37,5°C et comme normale lorsque inférieure à 37,5°C. Ces données du dépistage actif sont consignées sur le questionnaire du dépistage actif élaboré à cet effet. Voir en Annexe 3 la définition des cas ainsi que le traitement et l'analyse des données de cette étude.

² Les enfants de cinq ans révolus ont été exclus de l'échantillon, d'où l'écriture de 0-4 ans ou < 5 ans.

³ Identique dans les deux villages

3.2.2.4- Difficultés

Deux ménages dans le village de Drabo, à l'étude d' « avant l'intervention », nous ont refusé l'implication de leurs 6 enfants de moins de cinq ans. A l'étude « post-intervention », la période de collecte des données (fin décembre) correspondait à celle du pèlerinage d'un certain nombre de familles selon leurs obédiences religieuses et nous n'avons pas pu au cours d'un premier passage retrouver l'ensemble des enfants. Un second tour a été nécessaire deux semaines après.

Tableau 2 : Périodes de passage pour la collecte des données (dépistage actif et interviews approfondies) dans les différents sites avant et après l'intervention

Villages	Périodes de collecte des données	
	Avant intervention	Après intervention
Drabo	1 ^{er} au 8 mars 2005 (Dépistage actif)	18 au 19/12/ 2006 et 15/1/2007 (Dépistage actif)
	7 au 12 mars 2005 (Interviews approfondies)	1 ^{er} au 3 mai 2007 (Interviews approfondies)
Dogodo	28/3 au 2/4/2005 (Dépistage actif)	21-22/12/2006 et 18-20/1/2007 (Dépistage actif)

Tableau 3 : Tailles des échantillons des enfants de moins de cinq ans des dépistages actifs du paludisme et des familles interviewées dans les villages d'étude avant et après l'intervention.

Villages	Tailles			
	Avant intervention (2005)		Après intervention (2007)	
	Enfant < 5ans	Familles	Enfant < 5ans	Familles
Drabo	152 (n ₁)	52 (n _{1a})	142 (n ₃)	29 (n _{3b})
Dogodo	280 (n ₂)	62 (n _{2a})	268 (n ₄)	73 (n _{4b})
Total	432	114	410	102

3.2.3- Deuxième volet : Représentations, perceptions et pratiques des parents

3.2.3.1- Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, de type transversal en deux passages (pré-post), faite d'entretiens individuels et de groupe, destinée à comprendre les pratiques de prévention et de recours aux soins en cas de fièvre chez les enfants, en lien avec les perceptions et représentations des parents. Elle comporte également une partie longitudinale faite d'une observation participante qui visait à noter les différentes évolutions dans le village pilote en ce qui concerne les perceptions, les représentations et le processus d'empowerment communautaire. Les entretiens individuels se sont déroulés pour la première partie portant sur les pratiques, lors des dépistages actifs dans les deux villages pilote et témoin et, pour la seconde partie portant sur les perceptions et représentations, ainsi que les entretiens de groupe, dans le village pilote. L'observation participante a couvert toute la période de l'intervention (février 2005 à mai 2007) et s'est effectuée uniquement dans le village pilote. Elle a porté, en plus des pratiques relatives à la prévention du paludisme et aux recours aux soins en cas de fièvre des enfants, sur les trois différents niveaux (individu, groupe et

communauté) de l'empowerment adaptés de Ninacs (2003) comme le montre le Tableau 4 ci-après.

Tableau 4 : Différents niveaux et leurs rubriques du processus d'empowerment objets de l'observation participante dans le village pilote

Individu	Comité villageois (groupe)	Communauté
Participation individuelle	Participation de groupe	Participation communautaire
Aptitudes individuelles	Aptitudes de groupe	Aptitudes communautaires
Estime de soi	Reconnaissance	Communication
Conscience critique	Conscience critique	Capital communautaire

Adapté de Ninacs, 2003

3.2.3.2- Population d'étude, échantillon et échantillonnage

La population cible de l'étude est constituée des parents d'enfants de moins de cinq ans, des notables et des guérisseurs traditionnels. Seules les familles dont les enfants ont présenté (ou présentaient) la fièvre dans la période considérée pour l'enquête, ont été soumises à cet entretien sur les pratiques préventives du paludisme et de recours aux soins en cas de fièvre des enfants. La taille de l'échantillon pour ces entretiens individuels dans les deux villages était de 114 familles (avant intervention) et 102 familles (après intervention) comme le montre le Tableau 3. Afin d'identifier les perceptions et représentations à la base de ces pratiques dans le village pilote, nous avons procédé à des entretiens individuels approfondis et de groupe. La taille des entretiens individuels approfondis dans le village pilote était de 18 familles/personnes avant et après l'intervention (n_5 a, b). Ces dernières ont été choisies suivant la méthode du tri expertisé avec saturation, dont l'intérêt ici était de cibler les personnes potentiellement à même de fournir des informations relatives aux objectifs de l'étude du fait de leur position sociale (Angers, 1996). Les focus groups se sont déroulés également exclusivement dans le village pilote dans le souci de croiser les informations issues des autres techniques de collecte relatives aux perceptions et représentations de la fièvre de l'enfant. Le nombre total des focus groups était de 7 (n_6), obtenu par saturation des résultats des discussions. La taille des focus groups variait entre 8 et 10 personnes. Ils ont été constitués sur la base des critères de sexe et d'âge, suite à la suggestion des populations (Tableau 5). La participation aux focus groups était par tirage au sort à partir de la liste des enfants enquêtés pour les parents et les grands-parents. L'ensemble des notables et guérisseurs du village pilote ont fait l'objet d'un focus group. Au total, 82 personnes ont été soumises à un entretien approfondi individuel ou de groupe dans le village pilote. Pour ce qui concerne l'observation, elle s'est faite sur la base des différentes interactions que nous avons eues à chacune de nos visites (au total 13 mois sur 27) avec les populations du village pilote et plus particulièrement avec le comité du projet.

3.2.3.3- Techniques, outils de collecte et traitement des données

La collecte des données relatives aux pratiques de prévention du paludisme et de recours aux soins des parents en cas de fièvre des enfants a été faite par une interview individuelle des parents à l'aide d'un guide annexé au questionnaire de dépistage actif. Dans le cas où le recours à une institution formelle de santé avait été mentionné, le carnet ou tout autre

document de soins a été vérifié pour donner la preuve de ce que l'enfant a été traité dans un centre de santé au cours de l'épisode actuel de fièvre. La posologie a été considérée comme adéquate lorsque les antipaludiques étaient utilisés suivant les doses et durées adaptées à l'âge de l'enfant traité. Dans le cas contraire, elle a été considérée comme inadéquate. Les entretiens individuels approfondis se sont déroulés au domicile des interviewés sur rendez-vous. Ils se sont déroulés en dialecte local, immédiatement traduits en français pour la transcription et ont duré entre 45 minutes et une heure 20 minutes. Les focus groups ont été organisés sur rendez-vous dans des endroits du village choisis par les participants. Ils se sont déroulés en dialecte local et immédiatement traduits en français pour la transcription directe. La version enregistrée des entretiens a été transcrite en français dans le courant d'une semaine puis comparée à celle écrite pendant les entretiens pour ne pas perdre la mémoire des scénarios et des circonstances des entretiens. La durée des focus groups variait entre une heure et demie et deux heures. L'observation participante a été réalisée par la participation aux assemblées du village, les réunions par hameaux, celles avec les notables et celles du comité villageois qui se sont tenues à raison de deux réunions en moyenne par mois. Toutes les occasions que nous avons eues d'entrer en contact avec la population et le comité du projet ont été mises à profit pour observer les pratiques de prévention du paludisme et de recours aux soins ainsi que les interactions entre membres de la communauté, les mouvements, les échanges, les comportements vis-à-vis du projet en regard des composantes du Tableau 4. Des guides d'entretien individuel approfondi et de groupe ainsi qu'une grille d'observation ont été utilisés pour consigner les données collectées. Les focus groups ont été enregistrés avec l'autorisation des participants.

Tableau 5 : Différents focus groups organisés, les participants, les tailles et les hameaux

Focus Groups	Participants	Tailles	Hameaux
I	Jeunes pères	8	Drabokpèvi
II	Jeunes pères	8	Drabogbo
III	Notables et grands-parents	10	Drabokpèvi
IV	Jeunes mères	8	Drabokpèvi
V	Mères	8	Drabokpèvi
VI	Jeunes mères	8	Drabogbo
VII	Jeunes mères	8	Wélimè

3.2.3.4- Analyse des données

Les informations issues des entretiens ont été regroupées par thèmes se rapportant à la prévalence et aux caractéristiques de la fièvre, les causes de la fièvre, la conduite à tenir devant une fièvre, le lien entre la convulsion et la fièvre, la lutte contre la fièvre, les obstacles à la mise en pratique des conseils des professionnels de la santé et l'aptitude des individus à collaborer en tant que communauté pour lutter contre le paludisme de l'enfant. En ce qui concerne les pratiques thérapeutiques des parents en cas de fièvre des enfants, le traitement administré est considéré comme adéquat lorsque les médicaments utilisés sont ceux indiqués, à posologie et durée convenables. Les données de l'observation ont été

regroupées suivant les différentes rubriques du processus d'empowerment à partir d'une adaptation de Ninacs (2003) (Tableau 4). Il s'agit :

- de la participation aux réunions, aux processus décisionnels, tant au niveau des individus, du comité villageois (groupe), que de toute la communauté en prenant en compte l'équité dans la distribution du pouvoir ;
- des aptitudes ou compétences, celles disponibles et celles acquises au cours du processus, leur utilisation pour le compte de la communauté ;
- de l'estime de soi (individu), la reconnaissance (comité villageois) et la communication (communauté), permettant la valorisation de l'activité de chacun en tant qu'individu, groupe ou communauté ;
- de la conscience critique (individu, comité villageois) et du capital communautaire qui traduisent l'appartenance des uns et des autres à un environnement et la conscience de la citoyenneté possédée par chacun de ses membres qui assure l'entraide sur le plan individuel à ceux les plus vulnérables et qui permet l'action sur des questions sociétales plus larges (empowerment social) ;
- du type et du nombre d'actions entreprises par la communauté.

3.2.4- Troisième volet : Points de vue et perceptions des professionnels de la santé

3.2.4.1- Type et cadre d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative de type transversal qui visait à obtenir les points de vue ainsi que les perceptions des professionnels de la santé relatifs à la participation communautaire dans la lutte contre le paludisme de l'enfant. Elle a eu lieu au début du projet (2005) dans les départements de l'Atlantique (dont dépendent les villages d'étude) et du Littoral, ce dernier abritant la direction nationale de la protection sanitaire (DNPS) et le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) du Ministère de la santé (MS) qui ont été également impliqués afin d'obtenir le point de vue de toute la hiérarchie sanitaire, du sommet à la base.

3.2.4.2- Population d'étude, échantillon et échantillonnage

La population d'étude est constituée des professionnels de la santé exerçant dans le département de l'Atlantique. Nous avons inclus dans l'échantillon les professionnels, selon la procédure du tri expertisé (Angers, 1996), c'est-à-dire que la fonction du professionnel était le principal critère, une fois qu'il travaille dans le département où a lieu l'expérience objet de ce travail, et au MS. Nous avons interviewé le responsable à chaque niveau du système sanitaire depuis la périphérie jusqu'au sommet de la hiérarchie du système sanitaire national. Au niveau périphérique, les centres concernés sont ceux des deux communes impliquées dans l'expérience, les communes d'Abomey-Calavi et de So-Ava. Au total, 14 professionnels (n₇) ont été interviewés comme le montre le Tableau 6 ci-après.

3.2.4.3- Techniques et outils de collecte des données

La technique d'étude utilisée est l'interview individuelle approfondie. Les interviews approfondies ont eu lieu sur rendez-vous au bureau de chaque interviewé. Elles se sont déroulées, directement en français, du 15 mars au 12 mai 2005. La transcription des réponses aux questions est faite sur le guide d'entretien élaboré à cet effet, au fur et à mesure de l'interview. La durée de chaque interview variait entre 45 minutes et une heure 20 minutes.

Tableau 6 : Professionnels de la santé interviewés dans le système sanitaire national selon les niveaux hiérarchiques⁴

Niveaux	CS-A	CS-C	HZ	DDS	PNLP	DNPS
Localités	Atlantique	Atlantique	Atlantique	Atlantique	Littoral	Littoral
Nombres	2	4	3	2	2	1

CS-A : Centre de santé d'arrondissement ; CS-C : Centre de santé communal ; HZ : Hôpital de zone, DNPS : Direction nationale de la protection sanitaire ; DDSP : Direction départementale de la santé ; PNLN : Programme national de lutte contre le paludisme.

3.2.4.4- Traitement et analyse des données

L'analyse des données recueillies a été faite sur la base de regroupement par thèmes identifiés au préalable à l'occasion d'une revue de littérature (Article 1) et qui a servi à structurer le guide d'interview approfondie (épidémiologie du paludisme - personne, lieu et temps, croyances et perceptions, comportements vis-à-vis du paludisme, formation à la participation communautaire, collaboration avec la communauté et pistes de solution pour une meilleure implication de la communauté dans l'action sanitaire). Les solutions proposées par les professionnels de la santé interviewés ont été regroupées en cinq catégories que sont : la concertation permanente avec les communautés, le partenariat intra et intersectoriel, l'action politique, la réorientation du système de santé, et autres.

Les rôles des professionnels de la santé dans l'amélioration des stratégies de lutte contre le paludisme de l'enfant, tels que définis par les interviewés sont regroupés en trois catégories à savoir : le changement de la manière de concevoir les programmes, la modification du rôle des professionnels de la santé, le renforcement de la prise en charge curative et de la communication pour le changement de comportement (CCC) en vue de l'adoption de mesures préventives.

3.2.5- Pré-test et équipe de collecte pour l'ensemble de l'étude

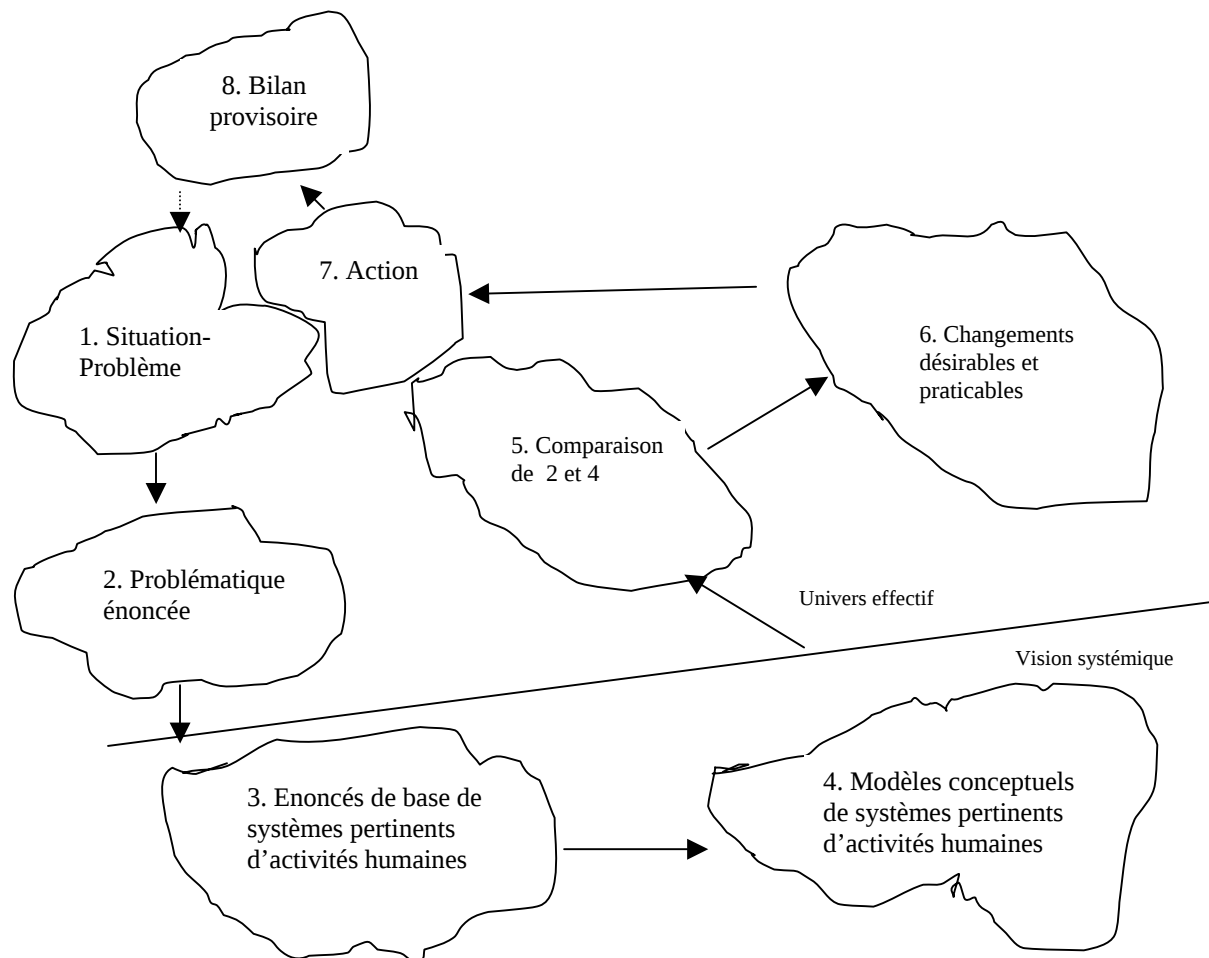
Le questionnaire de dépistage actif du paludisme, les guides d'entretien individuel approfondi et de groupe ont tous été pré-testés à Tokan, un village de l'arrondissement de Togba dans la commune d'Abomey-Calavi. Le guide d'entretien avec les professionnels de la santé a été quant à lui pré-testé dans le département de l'Ouémé/Plateau, voisin de celui de l'Atlantique/Littoral. L'équipe d'enquête est composée du chercheur principal, de deux techniciens de laboratoire et de trois agents de collecte (sociologues) ayant plusieurs années d'expérience dans les études communautaires.

3.2.6- Quatrième volet : L'intervention

L'intervention a consisté en un accompagnement de la communauté pilote. Elle a été mise en place suivant une méthode qui peut être scindée en plusieurs étapes comme le montre la figure 2 (nous exposons en détail l'intervention dans le chapitre 5). Le principe a été de s'en remettre à la communauté pour la détermination des problèmes que pose la fièvre dans le milieu, leurs ampleurs et répercussions diverses, l'identification des ressources et de la

⁴ Les dénominations utilisées ne sont pas nécessairement celles en vigueur au Bénin, mais pour des raisons de compréhension des différents niveaux du système sanitaire que nous avons impliqués.

stratégie à mettre en place pour les résoudre, le tout en se basant sur leurs perceptions et représentations (Baker & Teaser-Polk, 1998 ; Bent, 2003 ; Chavez, 1991 ; McFarlane & Fehir, 1994 ; Ninacs, 2003 ; Purdey et al., 1994 ; Robertson & Minkler, 1994 ; Wallerstein, 1999 ; Wyss et al., 1998). Le chercheur (avec son équipe selon les périodes) a joué un rôle non négligeable dans la mise en route du processus. Ce rôle s'est fortement inspiré du processus de l'empowerment communautaire tel que rapporté par plusieurs auteurs (Augoyard & Renaud, 1998 ; Kar et al., 1999 ; Madan, 1987 ; Mattesich & Monsey, 1997 ; McFarlane & Fehir, 1994 ; Ninacs, 2003 ; Ouellet et al., 2000 ; Pissarro et al., 2000 ; Raeburn et al., 2005 ; Raeburn & Corbett, 2001 ; Raeburn & Rootman, 1998 ; Wallerstein & Bernstein, 1994 ; Woelk, 1992 ; Yoo et al., 2004 ; Zimmerman, 1995). D'une manière générale, nous (le chercheur) avons été très « proche » de la communauté dès les premiers moments de l'intervention et, au fur et à mesure qu'elle s'appropriait son « pouvoir », nous « prenions de la distance ». Nous exposons dans le paragraphe ci-après le rôle du chercheur et en fin du chapitre 4 le modèle représentant ce processus (figure 4).



Adaptation de la méthodologie des systèmes souples d'après Claux & Gélinas, 1982

Figure 2 : Etapes de l'intervention

3.2.6.1- Le rôle du chercheur : observateur participant et personne-ressource

Le rôle du chercheur a été essentiellement celui d'un accompagnateur à chaque étape. Nous nous sommes comporté comme un conseiller qui n'imposait pas ses points de vue ni ne

donnait de consignes particulières. Devant chaque situation ou problème débattu, nous donnions l'éclairage nécessaire ainsi que les expériences d'autres populations suivant la littérature et notre vécu personnel tout en laissant au comité le soin de décider en tenant compte des réalités du milieu. L'exemple du prix de cession des moustiquaires imprégnées en est un parmi tant d'autres, où pour nous il fallait céder ces produits au maximum au prix d'achat (nous l'avions pensé sans l'exprimer). Cependant le comité a jugé bon de le céder à un prix légèrement majoré afin de pouvoir faire face aux dépenses de déplacement et autres démarches du projet. Le moment des réunions, les personnes qui étaient à-même de faciliter telle ou telle procédure, comment présenter telle ou telle situation à la population, ont été autant d'occasions d'apprentissage pour nous, car nous l'aurions fait tout autrement. Quelques autres exemples pourraient davantage jeter la lumière sur notre propos : le choix des membres du comité a été pour nous le premier choc. En effet, parmi les membres du comité présentés à l'assemblée du village figurait un jeune homme qui nous avait refusé l'entrée dans sa maison lors de l'étude de base, donnant comme argument que nous faisions partie de ceux qui viennent se servir d'eux pour s'enrichir dans nos activités en ville et pour lesquelles eux n'ont jamais de retombées. Cependant il est le plus dynamique de tout le groupe et ne recule devant rien pour la réussite des activités de l'étude. L'autre exemple est celui d'un autre jeune homme que nous aurions pu choisir pour la direction du comité villageois, car le plus instruit et dynamique. Très rapidement, dès que le bureau du comité devrait être mis en place, il s'était proposé comme président, mais n'ayant pas été élu, il a déserté le groupe.

De façon pratique, en nous inspirant des expériences de Wyss et al. (1998) ainsi que de Baker et Teaser-Polk (1998), lors de nos moments rapprochés de collaboration avec la communauté à travers les réunions du comité ou les assemblées du village, nous avons tenu à garder les caractéristiques suivantes : maîtriser les prises de parole, s'évertuer à obtenir le consensus lors des débats, faire participer tout le monde, veiller au respect du calendrier établi avec la communauté, se préoccuper de la résolution des problèmes identifiés, encourager et motiver les membres de la communauté et protéger les membres des groupes contre les attaques personnelles. Nous nous sommes également efforcé de ne pas détenir le centre des débats et devenions « invisible » lorsque le comité s'orientait lui-même. Nous étions particulièrement attentif et gardions le silence lors des questions de contenu afin de laisser jaillir toutes les propositions possibles. Ce faisant, le groupe a pu se trouver son chemin à chaque étape sans que nous ayons à influencer les décisions, ce qui explique que les solutions trouvées pour la prise en charge de la fièvre ne furent pas celles essentiellement médicales comme nous le verrons dans le chapitre 4.

Nos moments de « distance » étaient choisis de façon à laisser la possibilité à la population et surtout au comité villageois, de faire face aux différents problèmes qui pouvaient se poser dans la mise en œuvre de l'intervention. Nous ne devions être avec eux que quand cela était vraiment nécessaire pour un conseil ponctuel ou pour dénouer une situation particulière, une fois les micro-projets étaient élaborés (Boyte, 1989).

Pour les aspects qui relevaient du système sanitaire, nous avons pris en début d'intervention, les contacts requis, sur la demande du comité villageois, afin d'établir la

liaison pour la résolution des problèmes identifiés. C'est ainsi que nous avons joué un rôle dans les différents contacts avec les différents acteurs du système sanitaire national, faisant le lien entre la communauté et les centres de santé de la commune (Hôpital de Zone, Centre de Santé de la Commune, Centre de Santé de l'Arrondissement). La mobilisation, auprès de la direction départementale de la santé de l'Atlantique/Littoral, du matériel de formation pour les mères sur la prise en charge du paludisme de l'enfant est un des exemples de ce rôle de courroie de transmission que nous avons joué. Il faut noter également un rôle d'accompagnement dans le plaidoyer auprès des partenaires potentiels, plus particulièrement en ce qui concerne les centres de santé de la commune et autres centres en charge des infrastructures socio-sanitaires. C'est dans ce cadre qu'est intervenu le partenariat conclu avec le centre de santé de l'arrondissement permettant d'accueillir les cas de fièvre en provenance de Drabo et de les soigner sans leur charger directement les frais encourus. Ce rôle de courroie de transmission a connu une réduction en intensité au fur et à mesure que la communauté progressait dans l'amélioration de ses aptitudes et l'appropriation de ses rôles.

Sur le plan matériel, nous avons contribué à pré-financer un certain nombre d'activités tels que les médicaments pour constituer les stocks dans les hameaux, les moustiquaires imprégnées, les cartes de membre de la mutuelle de santé, etc. Notre statut de soignant a été également mis à contribution pour donner des avis de conduite à tenir devant des situations de santé des membres de la communauté.

Il faut relever qu'en matière de « distance » vis-à-vis de la communauté en cours d'action, il est apparu une notion qui a attiré notre attention, celle de l'existence pour la communauté d'une oreille attentive, disponible, capable de l'écouter et de répondre à ses préoccupations et difficultés auxquelles elle serait confrontée, jouant ainsi le rôle de référent (voir figure 4). Une fois la confiance établie entre la communauté et nous dans ce sens, nous avons eu l'impression que l'autonomie dans la progression des activités de l'intervention a connu un essor considérable grâce à ce rôle de référent que nous étions censé jouer pour eux.

En somme, le rôle du chercheur pourrait se résumer en ces fonctions et actions principales ci-après :

- Veiller à ce que l'intervention s'inscrive dans le cadre de la santé et du bien-être communautaire global et qu'elle soit sous son contrôle
 - o accompagnateur pour la mise en place du processus,
 - o conseiller qui est sollicité selon les besoins identifiés par la communauté, n'imposant pas ses points de vue ni ne donnant de consignes particulières,
 - o veilleur à la mise en place d'une confiance solide entre lui et la communauté,
- Soutenir les initiatives de développement communautaire
 - o accompagnateur de la communauté dans le développement de la cohésion sociale, le soutien mutuel, la création de réseaux, la coopération, la conscience critique et communautaire (cf. le chapitre des résultats pour plus de détails) et l'amélioration de sa qualité de vie,
 - o facilitateur pour les partenariats et autres liens entre la communauté et les autres acteurs potentiels,

- Veiller au développement des compétences et aptitudes communautaires
 - o renforcement des compétences par des formations et éclaircissements sur des thèmes identifiés par la communauté,
 - o développement de l'estime de soi,
 - o valorisation des pratiques positives,
 - o encouragement des initiatives novatrices communautaires.

3.2.6.2- L'évaluation de l'intervention

Pour évaluer les différents effets de l'intervention sur la communauté pilote, nous avons élaboré un certain nombre de critères et d'indicateurs que résume le Tableau 7 ci-après (p. 34).

3.2.7- Chronogramme et synthèse générale de la méthode d'étude

3.2.7.1- Chronogramme de l'étude

La figure 3 ci-dessous montre l'organisation et le déroulement de l'intervention dans le temps. La phase I a été consacrée à l'élaboration du protocole d'intervention qui a subi un processus de validation et d'obtention des différentes autorisations au niveau du pays de mise en œuvre. La mise en route effective de l'intervention est intervenue à la phase II et marquée par une étude pré-intervention (étude de base). La phase III est celle du suivi de l'intervention qui a pris fin par une évaluation des effets à la phase IV. Il faut noter que l'intervention se poursuit sous la responsabilité du comité mis en place par le village au démarrage avec un contact périodique entre ce dernier et le chercheur. Il a été noté par ailleurs une mobilisation spontanée des villages voisins qui ont exprimé le souhait d'entrer dans un processus semblable à celui en cours dans le village pilote. Tous ces aspects dénotent de la durabilité de l'intervention et expliquent pourquoi la suite est matérialisée par une flèche pleine et continue.

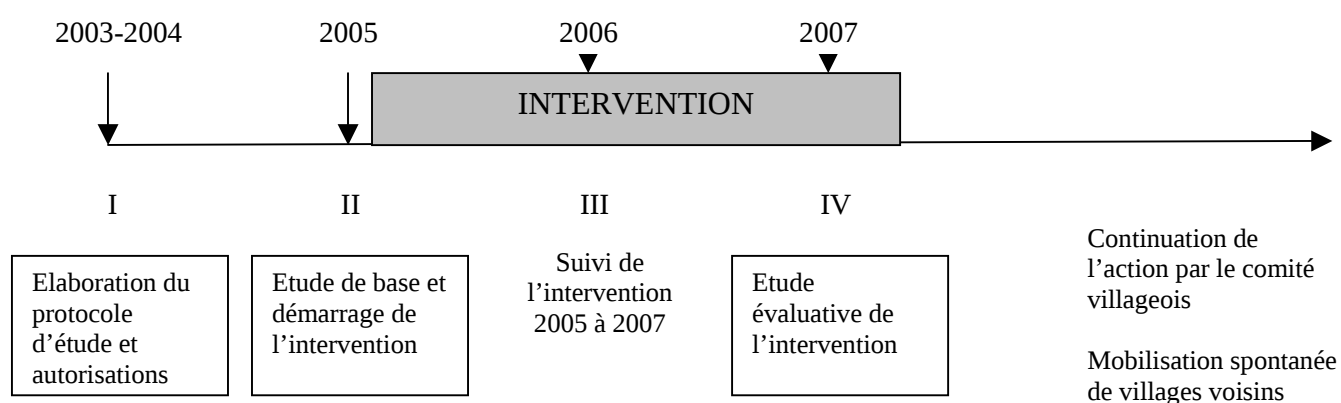


Figure 3 : Organisation et chronogramme de l'étude

3.2.7.2- Synthèse de la méthode d'étude

Le Tableau 8 de la page 35, présente la récapitulation de la méthode d'étude.

3.2.8- Considérations éthiques

Une autorisation pour le déroulement de la recherche a été obtenue auprès du Centre Béninois de Recherche Scientifique et Technique (CBRST) sous la référence 819/MESRS/CAB/DC/SGM/CBRST/DDVISF du 21 octobre 2004 et également au Ministère de la Santé (MS) sous la référence 5636/MSP/DC/SGM/DNPS/PNLP/SA du 23 juin 2005. Les chefs de village ont approuvé le déroulement de la recherche par signature d'un formulaire de consentement éclairé. Nous leur avons expliqué les objectifs et les intérêts de l'étude ainsi que les retombées immédiates et futures de celle-ci. Ils ont eu l'occasion de poser des questions d'éclaircissement auxquelles nous avons répondu et la signature n'est intervenue qu'à la fin de cette procédure. Dans le village pilote, en plus de l'autorisation du chef du village, l'assemblée générale du village a également donné son approbation au déroulement de l'expérience.

Lors du dépistage actif, les enfants présentant un signe de paludisme ont reçu un traitement à base de Quinine et de Paracétamol. Ceux dont le délai de déparasitage était supérieur ou égal à trois mois selon la déclaration des parents, ont reçu, en plus du traitement du paludisme, du Mébendazole comme tous les autres enfants ne présentant pas de signes de paludisme. Les enfants ayant présenté de forts taux de parasitémie ont été revus 48 heures et une semaine après le dépistage afin de s'assurer, par un contrôle clinique et biologique (DP), de leur guérison.

Les interviews ont été enregistrées sous l'anonymat. Au niveau des entretiens avec les professionnels de la santé, les fonctions occupées par ces derniers pouvant révéler pour certains leur identité, nous n'y avons pas fait allusion de façon détaillée dans la présentation et l'analyse des données.

Pour l'ensemble, un consentement éclairé oral des parents pour le dépistage actif, des interviewés en individuel ou en groupe, a toujours été obtenu avant l'implication dans l'étude. Des personnes qui ne voulaient pas être interviewées ne l'avaient pas été. Dans un des villages, deux parents ont refusé la participation de leurs six enfants au dépistage actif. Une décision que nous avons respectée. Les retombées de cette étude vont dans un premier temps principalement à la communauté pilote à travers le développement de son milieu (exemples : amélioration du niveau de vie, réduction de la morbidité et de la mortalité palustres) qui est visé par tout le processus ainsi que la poursuite du soutien du chercheur (par l'unité de recherche dont il dépend) au projet. Ils en sont conscients et l'ont fait savoir à plusieurs reprises. De l'autre côté, la communauté témoin continue de bénéficier des prestations du système national de santé et n'est donc pas à une intervention zéro au moment de cette expérience. Elle bénéficiera des conclusions de l'étude à l'occasion d'une phase d'extension programmée et qui les impliquera en priorité. Puis enfin, plusieurs villages voisins ont manifesté de l'intérêt au projet. Dans le soutien programmé, des activités de collaboration de la communauté d'intervention avec ces villages voisins seront proposées.

Tableau 7 : Critères, indicateurs et sources de vérification d'évaluation des effets du projet

Types de critères	Critères	Indicateurs	Sources de vérification
Cognitifs (connaissances et représentations de la fièvre : causes, actions, prévention)	Connaissance de la fièvre	L'évolution dans la connaissance de la fièvre dans la population	Données interview individuelle
	Attribution causale	L'évolution de l'attribution causale dans la population	Données interview de groupe
	Accessibilité perçue (financière et géographique)	Nombre de cas corrects d'attribution causale sur le total des interviewés	Données interview individuelle
		Proportion de gens ayant une facilité aux soins (distance, coût)	Données interview individuelle
		Proportion d'appréciation positive coût médic., distance domicile AVS	Données interview individuelle
	Prévention (connaissance des mesures de)	Proportion de gens connaissant les mesures de prévention	Données interview individuelle
Comportements des parents	Types et quantités d'automédication	Nombre de cas d'infusion/aucun médicaments sur total des cas de fièvre	Données du dépistage actif
		Nombre de cas de compr./enveloppement froid sur total des cas de fièvre	Données du dépistage actif
	Adéquation d'utilisation d'antipaludique	Nombre de cas d'utilisation adéquate d'antipaludique sur total utilisation	Données du dépistage actif
	Quantité de médicaments cédés	Progression de la proportion des achats de médicaments chez l'AVS	Registre de vente médicaments
	Itinéraire thérapeutique	L'évolution des types de recours en cas de fièvre de l'enfant	Données interview de groupe
		Proportion de bons recours en cas de fièvre de l'enfant	Données interview individuelle
	Possession de moustiquaire imprégnée MI	Nombre de cas de possession MI sur total interviewés	Données interview individuelle
Comportements communautaires	La participation	Proportion des acteurs impliqués dans la prise des décisions	Données entretien de groupe
	Les aptitudes/compétences	Proportion de bons recours, de traitements adéquats	Données interview individuelle
	L'estime de soi	Proportion satisfaction individuelle/groupe par rapport à la gestion fièvre	Données interview de groupe
	La conscience critique	Proportion de conscience collective, sentiment de gestion par eux-mêmes	Données d'observation
Sanitaires	Prévalence de la fièvre dans les 2 villages	Nombre de cas (72h) sur nombre total enfants < 5 ans	Données du dépistage actif
		Nombre de fièvres palustres (GE+ et DP) sur cas total de fièvre	Données du dépistage actif
	Prévalence de la fièvre dans les hôpitaux	Nombre de cas (année) sur nombre total enfants < 5 ans	Registres de soins
	Prévalence des cas graves dans les hôpitaux	Nombre de cas (année) sur nombre total de consultations pour fièvre	Registres de soins

Tableau 8 : Synthèse de la méthode d'étude

Volets	Objectifs spécifiques (OS)	Types d'étude	Populations cibles	Echantillonnages	Techniques collectées
1 ^{er} Volet	OS1. Déterminer la prévalence de la fièvre (paludisme) dans les communautés pilote et témoin ;	Transversal Pré-post	Communautés pilote et témoin (enfants de moins de cinq ans)	Exhaustif n ₁ = 152 pilote pré n ₂ = 142 pilote post n ₃ = 280 témoin pré n ₄ = 268 témoin post	Dépistage actif
	OS6. Comparer les prévalences de fin d'intervention à celles du début dans et entre les deux communautés pilote et témoin.				Dépouillement des registres de soins
2 ^e Volet	OS2. Identifier la situation comportementale de la fièvre et du paludisme dans les communautés pilote et témoin et celle cognitive dans la communauté pilote ;	Transversal Pré-post	Communautés pilote et témoin - parents d'enfants de 0-5 ans	Exhaustif 114 familles en pré (n _{1a} et n _{2a}) 102 familles en post (n _{3b} et n _{4b})	Entretien individuel
	OS4. Identifier les appréhensions et les facteurs favorisant la participation des parents aux programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans.		Communauté pilote	Raisonné, saturation (n ₅ = 18 familles)	Entretien individuel approfondi
	OS7. Comparer les situations comportementales de fin d'intervention à celles du début entre les communautés pilote et témoin et celles cognitives dans la communauté pilote.		- parents d'enfants de 0-5 ans - notables	Tirage aléatoire simple (n ₆ = 7 FG)	Focus groups
			- guérisseurs traditionnels - population générale	Raisonné Exhaustif	Observation participante
3 ^e Volet	OS3. Identifier les appréhensions et les facteurs favorisant l'implication des parents par les professionnels de la santé dans la planification des programmes de lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans.	Transversal	Professionnels de la santé Atlantique/Littoral	Raisonné (n ₇ = 14)	Entretien individuel approfondi
4 ^e Volet	OS5. Mettre en œuvre, dans la communauté pilote, le processus d'empowerment communautaire et la participation des parents dans la planification de la lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans, basé sur les appréhensions, la situation cognitive et autres facteurs identifiés, chez les professionnels de la santé et les parents.	Longitudinal	Village pilote Comité villageois	Raisonné (n ₈ = 7)	Entretien de groupe
			Population générale	Exhaustif (n ₉ = Population village pilote)	Observation participante

Introduction

Sous la forme d'un accompagnement de la communauté pilote, l'intervention s'est déroulée suivant un processus que nous détaillons en huit étapes comme mentionné dans le chapitre précédent (figure 2). En tant que processus de recherche-action participative à base communautaire, elle obéit aux principes ci-après (Israel et al., 2005 ; Minkler & Wallerstein, 2003, Raeburn & Rootman, 1998) :

- reconnaît la communauté comme une unité identitaire,
- bâtit sur les forces et ressources de la communauté,
- facilite un partenariat réciproque et équitable à toutes les phases de la recherche, impliquant un processus d'autonomisation et de partage du pouvoir croissant qui fait attention aux inégalités sociales,
- favorise l'apprentissage mutuel et le renforcement de capacité entre la communauté et le chercheur,
- intègre et réalise un équilibre entre la génération de connaissance et l'action, pour l'avantage mutuel de la communauté et du chercheur,
- se concentre sur la pertinence locale de la problématique de la fièvre de l'enfant et sur les perspectives écologiques qui font attention aux multiples déterminants de celle-ci,
- implique le développement de systèmes utilisant un processus cyclique et itératif,
- dissémine les résultats à tous les partenaires et les implique dans leur dissémination plus large,
- implique un processus à long terme et un engagement à la pérennisation.

A partir de ces principes et à cause du rôle central qui revient à la communauté dans les actions à mener, le dispositif de la méthode d'intervention a été structuré en nous inspirant librement de la méthodologie des systèmes souples et complexes de Checkland adapté par Claux et Gélinas (1982) (voir figure 2). Nous avons, en conséquence, procédé, en étroite collaboration avec la communauté, à l'élaboration du programme des activités de la présente intervention en huit étapes (tableau 9) que l'on peut regrouper en quatre schèmes distincts par une adaptation de Vanasse (2000) :

1. *La recherche des différentes visions de la situation*, faisant ressortir, dans un premier temps, les points de vue des individus ou les perspectives qui permettent l'énoncé de la problématique (étapes 1 et 2).
2. *La conceptualisation de modèles sur la base d'une vision systémique*. Le concept de système a permis l'élaboration de modèles de systèmes d'activités humaines qui découlent des points de vue ou visions déjà répertoriés (étapes 3 et 4).
3. *Le retour à l'action concrète de la recherche avec les acteurs*, en engageant avec eux un débat à partir de la comparaison des différents modèles de la situation qui pose problème pour déboucher sur une exploitation de nouveaux points de vue d'où ont émergé des propositions d'actions qui en découlent (étapes 5, 6 et 7).
4. *Le suivi de l'évolution de l'action*, à travers des bilans (évaluations) périodiques permettant de la redimensionner et la faisant entrer dans un processus cyclique et itératif pour lequel la communauté détient l'essentiel des rôles et conduisant ainsi à la pérennisation (étape 8).

Tableau 9 : Différentes étapes de l'intervention, intitulés et acteurs impliqués (l'acteur principal est mis en gras)

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

Adapté de Vanasse (2000) d'après Claux et Gélinas (1982).

Au niveau du tableau 9 ci-dessus, l'ordre des acteurs dans leur apparition est très important. Comme on peut le constater, le chercheur qui, à l'étape 1 consacrée à l'identification et description de la situation qui fait problème, a joué un rôle de premier plan en tant que déclencheur du processus, est devenu un acteur de dernier plan par la suite. Il a laissé progressivement la place à la population qui, soit directement, soit à travers le comité mis en place, a continué les activités de l'intervention. Le rôle du chercheur est devenu beaucoup plus celui d'un acteur de l'ombre, venant en soutien au processus à travers des conseils, des éclaircissements ou lors de la mise en place d'un partenariat en dehors du village (Boyte, 1989 ; Raeburn, 1992). Cette présence du chercheur s'est traduite par une collaboration directe avec la communauté pendant 13 mois sur les 27 de l'intervention, à raison de deux réunions en moyenne par mois. Ces réunions se sont progressivement espacées au fur et à mesure qu'on s'éloignait du démarrage de l'intervention afin de donner la possibilité à la communauté de « prendre de l'espace ».

Il nous paraît essentiel de mentionner que dans le processus de recherche-action participative ainsi mis en œuvre, les activités relatives au développement communautaire sont de l'ordre des résultats de l'empowerment communautaire et de la participation des parents tout en contribuant à l'atteinte des résultats relatifs à la fièvre de l'enfant. Tout en veillant à un compte-rendu qui distinguera l'intervention des résultats, nous devons reconnaître l'entremêlement des deux qui, en fait, est un des principes de ce processus (Dixon & Sindall, 1994 ; Nilsen, 1996 ; Petersen, 1994 ; Raeburn & Corbett, 2001).

4.1. Les différentes étapes de l'intervention

Schème I : La recherche des différentes visions de la situation.

Etape 1 : Identification et description de la situation qui fait problème (la fièvre de l'enfant).

Le contact avec le village pilote a été pris par l'intermédiaire du chef du village. Il fut aisé du fait que nous parlions le même dialecte, il n'y avait aucun doute selon lui quant à notre lien (fut-il lointain) avec cette communauté. « Nous sommes les mêmes ! », s'est-il exclamé. Dès ce premier contact établi avec le chef du village, ce dernier a réuni, à la séance suivante, les notables du village ainsi que ses conseillers pour faire passer le message en notre présence. A la suite de cette rencontre, des dispositions ont été prises pour convoquer une assemblée générale du village. Cette assemblée du village a donné lieu à un débat pour comprendre les contours de l'étude et le lien entre la mortalité infantile élevée dans le village et la fièvre. A la suite de ces échanges, l'assemblée a montré son intérêt pour la collaboration. Pour elle, la fièvre dite « corps chaud » est bien une préoccupation du village et particulièrement en ce qui concerne les enfants. Elle n'a pas manqué de marquer son étonnement à une procédure qui veut que ce soit plutôt « aux villageois de montrer la voie aux cols blancs ». Les dispositions ont été prises pour passer l'information à tous ceux qui n'ont pas pu être présents à l'assemblée et pour leur communiquer, par la même occasion, la date de l'étude de base et en quoi elle consistera, telle qu'elle avait été discutée. Après cet accord de participer à l'étude, nous avons mené une étude de base afin de recueillir, par focus group et interviews individuelles approfondies, les savoirs, les représentations, croyances et comportements de santé de la communauté par rapport à la fièvre des enfants de moins de cinq ans. Cette étude comportait également un volet de dépistage actif auprès des enfants de moins de 5 ans (cf. les deux premiers volets de l'étude à la page 34). Cette étude de base,

prenant en compte chaque hameau et chaque ménage du village, a permis de confirmer que la fièvre est la principale menace des enfants dans le village.

Etape 2 : Problématique énoncée

Dans le but de baser la suite de l'accompagnement sur des données du milieu, validées par la communauté, nous avons, en accord avec les autorités du village, organisé une séance de restitution des résultats de l'étude de base. Cette procédure s'inscrivait dans la planification discutée lors de la première assemblée du village (étape 1). La communauté a été une fois encore réunie à l'occasion de la restitution des résultats de l'étude de base. L'objectif visé ici est l'émergence consensuelle des ensembles de vision de santé dans la communauté en rapport avec la fièvre de l'enfant identifiée comme principale menace de leur santé. Les principaux résultats de l'étude de base ont été exposés. Ils ont été validés après un débat qui a permis de préciser des aspects pratiques et de confirmer ou non les préoccupations recueillies lors de la collecte des informations. Des clarifications ont été apportées par rapport aux difficultés inhérentes aux représentations, croyances et comportements vis-à-vis de la fièvre de l'enfant en rapport avec le recours précoce aux soins dans les formations sanitaires. La communauté a procédé à une analyse de la situation de la fièvre et ses conséquences. Les différents facteurs sanitaires et non-sanitaires de la fièvre en lien avec les réalités du village ont été identifiés. La communauté a également procédé à l'identification des problèmes à résoudre pour l'organisation de la lutte contre ce fardeau qui pèse sur elle. La logique suivie ici est celle de la population du village à travers un consensus dans la validation des résultats de l'étude de base.

Schème II : La conceptualisation de modèles sur la base d'une vision systémique.

Etape 3 : Enoncés de base de systèmes pertinents d'activités humaines

Les principaux problèmes identifiés lors de l'étude de base et qui sont à résoudre pour la lutte contre la fièvre de l'enfant ont fait l'objet de re-formulation après leur validation suivant les compréhensions qu'avait la population et en se basant sur les moyens localement disponibles.

Etape 4 : Modèles conceptuels de systèmes pertinents d'activités humaines

Les problèmes à résoudre ainsi re-formulés à l'étape précédente ont fait l'objet d'une hiérarchisation suivant l'importance qu'accordait la population à chacun d'eux pour viser une plus grande efficacité de l'action à engager. Ainsi, afin de lutter efficacement contre la fièvre de l'enfant, les communautés réunies autour du chef du village, ont identifié et retenu cinq axes prioritaires d'intervention que sont : 1. La disponibilité des médicaments dans le village pour permettre aux parents et surtout aux mères de prendre en charge de façon adéquate les cas de fièvre des enfants ; 2. La mise en place de mesures de prévention adéquates ; 3. La mise en place de mesures d'allègement du paiement des soins pour que, à l'hôpital, les parents ne soient plus obligés d'engager directement des dépenses en cas de fièvre des enfants ; 4. L'amélioration des sources de revenu des parents ; 5. L'élévation du niveau d'instruction de la population afin de faciliter un plus grand accès aux informations relatives, entre autres, à leur santé.

Schème III : Le retour à l'action concrète de la recherche avec les acteurs.

Etape 5 : Comparaison des étapes 2 et 4

La comparaison de ces deux étapes a permis de procéder à l'inventaire des ressources nécessaires à la résolution des problèmes identifiés dans une vision véritablement globale. L'inventaire des différents partenaires potentiels tant au niveau du système sanitaire que extra-sanitaire a été fait à la même occasion. C'est dans ce même créneau que la mise en place des collaborations ainsi que l'implication des professionnels de la santé ont été pensées pour la résolution des problèmes identifiés allant au-delà de leurs seules compétences. A travers tout le processus mis en place, la solution à un problème spécifique passe par l'inventaire des possibilités locales avant d'aller vers celles hors de portée de la communauté. La priorité a d'abord été laissée à l'utilisation des compétences et aptitudes du village pour la réalisation des activités devant amener à la résolution des problèmes identifiés. Dans le cas où la communauté ne disposait pas ou peu d'aptitudes spécifiques pour solutionner un problème donné, des échanges ont souvent eu lieu pour identifier les partenaires potentiels, dans une démarche qui part du village, considéré comme le centre pour, aller le plus loin possible vers la périphérie. Dès que, dans cette action de « recherche » on a eu l'impression d'avoir un ou plusieurs partenaires jugés valables pour la communauté, l'exercice a pris la forme d'identification de la stratégie pour le (les) contacter. La rencontre d'un partenaire se faisait par une délégation composée de membres de la communauté et du chercheur. Généralement, c'est ce dernier qui prenait le premier contact pour la négociation d'un rendez-vous. Dans cette démarche, plusieurs rencontres ont eu lieu dont notamment celles avec les responsables du centre de santé d'arrondissement, le centre de santé livreur des médicaments de la CAME (centrale d'achat des médicaments essentiels), les responsables de l'hydraulique de la commune d'Abomey-Calavi dont dépend le village pilote. Comme nous l'avons déjà mentionné à la page 29 (rôle du chercheur), cette facilitation dans la prise des contacts a progressivement perdu en intensité au fur et à mesure que la communauté s'appropriait son rôle. Par exemple, la suite des négociations pour l'installation de la fontaine d'eau potable a été l'œuvre de la communauté. Nous avons été conduit par les membres du comité villageois, lors d'une visite, à constater la mise en place de la fontaine. Leur fierté était grande.

Etape 6 : Changements désirables et praticables

Pour chaque problème retenu, la population a procédé à l'identification des différentes actions à mener. Afin de mener à bien ces différentes actions, elle a souhaité et mis en place un comité villageois pour leur exécution. L'idée de la mise en place de ce comité d'exécution et de suivi du projet visait l'efficacité de l'action pour ne pas avoir à réunir en tout temps l'ensemble du village. Le rôle du comité est de représenter le village et de prendre toute décision après concertation de ses pairs, tout en rendant compte à ceux-ci au fur et à mesure de l'évolution des activités.

La mise en place du comité pour la résolution des problèmes prioritaires identifiés

Après un débat, il a été retenu que le comité serait composé de neuf membres répartis entre les trois hameaux. La répartition des membres du comité a été faite suivant la taille des hameaux (4 pour Drabokpèvi, 3 pour Drabogbo et 2 pour Wélimè). Les critères de choix des membres du comité ont été discutés en plénière et chaque hameau s'est retiré pour désigner

ses représentants. Le comité est composé de quatre femmes et de cinq hommes. Il a été présenté à la communauté par le chef du village et a reçu les conseils des notables.

L'identification des actions et inventaire des ressources nécessaires à leur mise en oeuvre

Le comité a pris en main sa mission. Des réunions ont été planifiées avec le chercheur avec une périodicité, au départ, hebdomadaire et selon un horaire qui fut également déterminé par le comité. Cette périodicité a été progressivement espacée au fur et à mesure de l'évolution de l'intervention, conduisant à une moyenne de deux réunions par mois sur l'ensemble du temps de présence du chercheur (13 mois). A partir des échanges que nous avons eus (le comité et le chercheur), le comité a identifié les sept grandes lignes d'action ci-après par ordre décroissant d'importance :

1. Le traitement domiciliaire précoce de la fièvre par les mères qui inclut la disponibilité des antipaludiques essentiels dans le village et la formation à leur utilisation ;
2. L'utilisation de moustiquaires imprégnées, impliquant l'accessibilité géographique et financière ;
3. La mise en place d'une mutuelle de santé ;
4. L'initiation de différentes activités visant à améliorer les sources de revenu des parents ;
5. L'assainissement de l'environnement par l'adoption d'un type d'habitat pouvant permettre une protection contre la piquûre des moustiques ;
6. La scolarisation systématique des enfants du village ; et
7. L'alphabétisation des adultes.

Les cinq axes d'intervention identifiés par les villageois (étape 4) ont été ainsi décomposés en sept grandes activités (que nous détaillons à l'étape 7) suivant un ordre bien déterminé qui répondait à la vision du comité pour leur mise en oeuvre efficace.

Etape 7 : Mise en oeuvre des actions

Le comité a joué ici le rôle principal tout en gardant une relation formelle avec la communauté à travers notamment les notables et le chef du village, mais aussi par des réunions périodiques de tout le village. Une relation informelle a également été gardée avec la communauté qui apportait à tout instant son point de vue sur telle ou telle activité. Nous passons en revue les différentes activités prises en charge par le comité villageois.

Activité 1 : Le traitement domiciliaire précoce de la fièvre par les mères

Afin de permettre aux mères de prendre en charge de façon adéquate la fièvre des enfants de moins de cinq ans, une formation a été organisée à leur intention. Planifiée par le comité villageois, la formation a eu lieu dans chaque hameau. Elle a regroupé toutes les mères et les personnes s'occupant d'enfants de moins de cinq ans ainsi que des hommes du village. La formation a été assurée par le chercheur avec le soutien matériel de la DDS de l'Atlantique-Littoral dont dépend le village pilote. Elle a porté sur les comportements à adopter face à la fièvre de l'enfant, les médicaments à utiliser pour le traitement à domicile ainsi que leurs posologies. Chaque ménage a bénéficié de deux affiches, l'une relative à la posologie et l'autre portant sur les signes nécessitant le recours au centre de santé. A la fin

de chaque séance, les mères établissaient leurs critères et choisissaient à l'unanimité celle qui pourrait servir de « pharmacienne » (agent villageois de santé, AVS) gardant les médicaments, de manière à leur permettre d'aller en chercher aisément en cas de besoin. Les critères émis par les mères pour le choix de la « pharmacienne » étaient : être mère d'enfant de moins de cinq ans ou en avoir la charge, ne pas être reconnue comme une belliqueuse, être en mesure d'avoir le support de son époux pour la cession des médicaments, être disponible et à-même de recevoir les membres de la communauté à tout moment, de jour comme de nuit, pour la cession des médicaments et avoir été choisie à l'unanimité. Ainsi dans chaque hameau, des médicaments de première ligne contre le paludisme tels que la chloroquine et le paracétamol, sous la forme comprimée ont été rendus disponibles. A ces médicaments s'est ajouté le *mé bendazole* (un déparasitant), à la demande des mères. Les parasitoses intestinales, selon ces dernières, joueraient un rôle dans l'aggravation de la fièvre chez l'enfant.

Les médicaments, sauf le *mé bendazole*, sont sous forme blister. Les doses de traitement de la chloroquine et du paracétamol ont été pré-emballées dans des sachets de reconditionnement. L'approvisionnement de ces médicaments est fait directement par le comité villageois à la CAME du MS par l'intermédiaire d'un centre de santé. Les liens furent établis entre le comité villageois et ce centre de santé de sorte que l'organisation des commandes et l'enlèvement des produits soient assurés par le comité. Les membres du comité savent combien coûtent les médicaments et en ont fixé eux-mêmes les prix de cession en conséquence. Ces prix de cession, avec une très légère majoration devant permettre de couvrir les frais de transport et d'emballage, sont inférieurs (moins de la moitié) à ceux pratiqués dans les formations sanitaires publiques. L'achat du premier stock de médicaments a été financé par le projet. Ce fut là des éléments sur lesquels le comité villageois a insisté auprès des mères lors de la formation. La signification de ceci est que les populations s'estiment, par ce fait, être dans la légalité et ainsi collaborateurs des agents de santé (en référence à leurs pratiques d'automédication non éclairée dans le passé). Il faut signaler qu'après quelques semaines d'utilisation de la chloroquine, les populations ont signalé leurs impressions sur son inefficacité en plus des prurits observés en termes d'effets secondaires. La chloroquine fut remplacée par la quinine, avec l'autorisation du médecin-chef du centre de santé de la commune d'Abomey-Calavi dont dépend le village d'intervention.

Activité 2 : L'utilisation de moustiquaires imprégnées

Dans le cadre de la mise en place de mesures de prévention, le comité villageois a exprimé le besoin de se procurer des moustiquaires imprégnées (MI) pour les ménages. Suite aux contacts pris par le chercheur, le MS a offert la possibilité d'obtenir des moustiquaires subventionnées à moins du 10^e du prix pratiqué sur le marché. Après estimation et majoration du nombre nécessaire en collaboration avec le comité villageois, nous avons commandé 300 MI pour lesquelles le comité villageois avait même émis un peu d'inquiétude quant à l'écoulement de la totalité dans le village. Le comité a fixé le prix des moustiquaires imprégnées en le majorant comme pour les médicaments afin d'assurer un fonds de roulement. En moins de deux semaines, toutes les 300 MI ont été achetées par les villageois. Cette quantité s'est avérée insuffisante et le processus a été mis en route pour l'approvisionnement du complément. Il faut noter que le centre de santé d'arrondissement dont dépend le village,

dispose de MI cédées à un prix légèrement inférieur à celui pratiqué dans le cadre de l'intervention. Cette activité du centre de santé de l'arrondissement est bien connue des populations. Malgré ce coût relativement élevé, les populations ont acheté toutes les MI vendues dans le cadre du projet. La raison évoquée par elles est relative au processus mis en place dont elles ont été les principales actrices et qui leur a permis de comprendre tout le mécanisme de mise à disposition des MI.

Activité 3 : L'amélioration des sources de revenu des parents

Un noyau de femmes s'est concerté pour proposer au comité, dans le cadre des activités devant contribuer à l'amélioration des sources de revenu des parents, la mise en place de deux moulins, l'un pour le manioc et l'autre pour les condiments (épices). Ces moulins feraient, selon elles, gagner du temps et des ressources aux femmes qui en font usage et qui sont souvent obligées d'aller à plus de 5 kilomètres à pied pour faire moudre leurs maniocs ou épices. Le temps ainsi économisé pourrait servir à faire autre chose d'utile et l'argent qui restera dans le village pourrait être une autre source de richesse pour la population, disaient-elles. Les moulins ont été ainsi mis en place sur les fonds générés par la cession des MI. La gestion a fait l'objet d'une planification rigoureuse avec des mécanismes de contre-pouvoir pour vérifier l'utilisation des ressources. D'autres aspects de l'amélioration des sources de revenu des parents concernent la mise en place d'un champ communautaire et l'amélioration des pratiques culturelles au niveau individuel. Pour cette dernière préoccupation, des contacts ont été noués avec l'Institut International d'Agriculture Tropicale (IITA) par l'intermédiaire d'un ancien directeur naturalisé béninois et résident du village. Pour ce champ communautaire, un terrain d'un hectare a été mis à la disposition du comité et qui a permis déjà de cultiver pour deux saisons, du maïs, du haricot et une saison de manioc à l'évaluation finale de l'intervention.

Activité 4 : La mise en place de la mutuelle de santé

Pour les parents, un des obstacles au recours aux soins dans les formations sanitaires est le coût des soins et, qui plus est, est payable avant toute prestation. Les communautés ont eu l'idée de « l'assurance comme il est d'usage pour les véhicules », c'est-à-dire une cotisation pour laquelle il ne faut pas espérer une ristourne ou même retrouver le capital comme c'est le cas dans les pratiques de tontine⁵ auxquelles elles sont habituées. Plusieurs questions se sont posées parmi lesquelles : Comment l'organiser ? Quel montant cotiser suivant quelles modalités ? Qui en aura la responsabilité ? Avec quel centre de santé entrer en collaboration ? Le comité, pour répondre à ces questions a organisé des réunions de concertation avec les notables, les agents de santé des formations sanitaires proches du village, des personnes du village ayant connaissance des pratiques de mutuelle de santé dans d'autres milieux. Le résultat de ces consultations a permis de retenir que le village pouvait faire face aux exigences d'une mutuelle de santé. Le rôle du chercheur a été ici d'éclairer sur les mutuelles, suivant leurs pratiques dans d'autres régions à l'intérieur et à l'extérieur du pays. La procédure choisie par le comité fut d'élaborer d'abord les cartes de membre avant d'aller rencontrer les populations dans chaque hameau pour la restitution des réflexions afin de recueillir leurs avis. La restitution a eu lieu par hameau, l'un après l'autre le même jour et a suscité beaucoup d'adhésions sur place comme le prévoyait le comité. Les cotisations ont été fixées par les populations elles-mêmes.

⁵ Pratique locale d'épargne et de crédit.

Sans qu'on communique à un hameau ce que l'autre hameau a retenu, les propositions se rejoignent toutes. Il fallait payer des frais d'adhésion qui s'élèvent à 100F CFA (€ 0,15)⁶ et une cotisation mensuelle de 200F CFA (€ 0,30) par ménage indépendamment du nombre d'enfants de moins de 5 ans (soit € 3,65 par an). Il a été retenu que le démarrage effectif des activités de la mutuelle ne se fera qu'à partir d'un montant dans la caisse supérieur ou égal à 20 000F CFA (€ 30). La cotisation donne droit aux médicaments à 100% auprès de l'AVS et couvre à 100% les frais des soins au centre de santé d'arrondissement dont dépend le village. Le comité s'est engagé à superviser l'administration des médicaments aux enfants malades afin d'éviter d'éventuels abus des parents au niveau de chaque hameau. Il a également décidé d'organiser, tous les trimestres, une séance de déparasitage systématique de tous les enfants couverts par la mutuelle afin de réduire la susceptibilité de ces derniers à faire la fièvre. Le comité villageois a déposé au centre de santé de l'arrondissement la liste de tous les membres participants à la mutuelle. Des membres du comité villageois se rendent au centre de santé toutes les deux semaines pour prendre connaissance des frais à la charge de la mutuelle et procèdent au règlement dans les 72 heures qui suivent. Les supports de gestion, cahiers, stylos, tire-lire, ont été fournis par les membres du comité qui, à leur tour, n'ont rien exigé pour leur déplacement, ni pour le temps passé à travailler pour la communauté.

Activité 5 : L'assainissement de l'environnement et l'adoption d'un type d'habitat nouveau

Dès les premières discussions et du fait de leur intensité et l'intérêt que la communauté y a accordé, des hypothèses étaient émises par cette dernière en ce qui concerne la prévention du paludisme, parmi lesquelles : « *Si le moustique est responsable de la fièvre, alors son éloignement des maisons met fin au ravage que nous connaissons en matière de décès d'enfants.* » Alors que « *les moustiques sont considérés ici comme des êtres nécessaires à empêcher l'inactivité du soir avant d'aller dormir* ». Selon la communauté, il y a une sorte d'incohérence entre ce que professent les professionnels de la santé en ce qui concerne le rôle du moustique et ce qui est promu comme pratiques de prévention. « *Les maisons ne sont pas de nature à protéger contre les moustiques. Elles ne disposent pas, pour la plupart, d'une architecture à même d'aider à éviter leur pénétration à l'intérieur.* » Des témoignages des membres de la communauté par rapport à leur maison et la pénétration des moustiques ont permis de renforcer l'idée d'aller vers la généralisation d'un modèle d'habitat qui ressemble au leur. La décision était alors prise de procéder à l'adoption d'un modèle d'habitat qui réponde à l'exigence de protection contre les moustiques (Voir en Annexe 6 les modèles). Cette décision est d'autant plus soutenue par l'ensemble de la population que la tendance dans le village est de construire désormais en matériaux définitifs. Le modèle adopté par l'intermédiaire d'un architecte est déposé auprès du chef du village pour la consultation de tous en cas de besoin. Les mesures conséquentes relatives à l'assainissement de l'environnement sont prises (latrines, espace entre les maisons, traçage de voies, espaces pour les ordures, etc.).

Activités 6 et 7 : La scolarisation systématique des enfants et l'alphabétisation des adultes

En partant des activités prioritaires, dans la mise en œuvre de l'action, le comité n'a pu aborder la scolarisation systématique des enfants que la deuxième année de l'intervention. Il

⁶ 1€ = 655,957F CFA (taux fixe)

a, dans ce cadre, noué un partenariat avec le bureau de l'association des parents d'élèves pour la mobilisation des enfants à la rentrée 2006-2007. Les stratégies restent encore à améliorer pour cette action. L'alphabétisation des adultes, quant à elle n'a pas encore été abordée avant l'évaluation de l'ensemble du projet au terme des 27 mois de mise en œuvre.

Schème IV : Le suivi de l'évolution de l'action

Etape 8 : Bilan périodique

Dans le cadre du bilan périodique, une évaluation de l'action a eu lieu après 27 mois. Elle a impliqué le comité et la communauté avec l'accompagnement du chercheur. La principale activité à cette étape a été le recueil de points de vue de la population et du comité à travers des interviews individuelles et de groupe. Avec le comité, des visites ont été organisées sur les sites des réalisations pour apprécier le niveau d'implication de la communauté et les aspects à prendre en compte dans la poursuite de ces activités. Par la même occasion, le chercheur a collecté des données cliniques, tant au niveau de la communauté que dans les formations sanitaires de la zone d'étude, pour apprécier l'effet de l'intervention sur la problématique prioritaire de santé qu'est la fièvre de l'enfant. Signalons qu'en matière de décès d'enfants dans le village pendant la période d'intervention, il y a eu deux décès attribuables au paludisme, le tout survenant dans une même famille. Le père des enfants, s'imputant la faute, a présenté ses excuses au comité, au moment des interviews de l'évaluation, pour n'avoir pas su faire comme cela avait été convenu dans le cadre de l'intervention en matière de la prise en charge de la fièvre de l'enfant.

4.2. Difficultés rencontrées

Au nombre des difficultés connues lors de cette expérience, il faut signaler : la réticence de certains membres de la communauté au tout début du processus ; des différends existants dans la communauté qui n'ont pas toujours facilité l'évolution du processus tel que programmé par le comité et que toutefois le processus a permis d'atténuer ; la défection de certains membres engagés dans le comité et ; la faible mobilisation des populations au démarrage de la mutuelle de santé.

4.3. Modélisation de l'intervention

La figure 4, à la page suivante, présente le modèle de l'intervention à partir d'une adaptation de Charlier (2006). A travers ce modèle (dont la lecture se fera du bas vers le haut), nous voulons montrer le va-et-vient en spirale du processus d'empowerment communautaire avec en somme un accroissement des acquis et des compétences au niveau de la communauté. On y retrouve également les acquis au niveau des individus et des groupes, membres de la communauté, à travers leur participation et le développement de l'estime de soi, la conscience critique, etc. ainsi que la dimension sociale de l'empowerment à travers l'élaboration d'autres objectifs de santé et de bien-être. Pendant le même temps l'intervenant prend de la « distance » tout en étant un référent pour la communauté. Cette confiance établie entre la communauté et l'intervenant est l'un des facteurs importants qui contribuent à la pérennisation de l'action (Ristock, 2004).

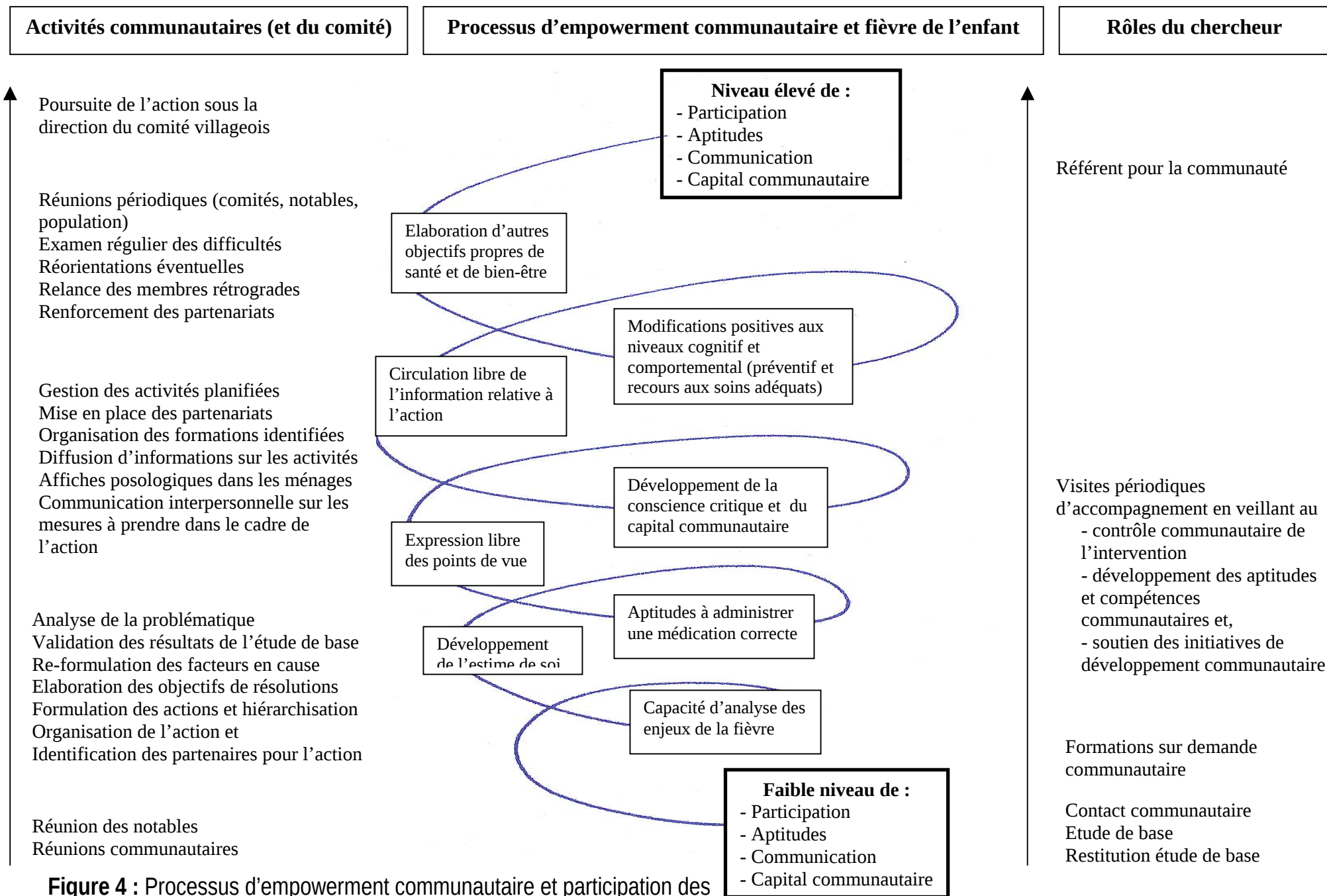


Figure 4 : Processus d'empowerment communautaire et participation des parents dans la lutte contre le paludisme de l'enfant et rôles du chercheur

