



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

INFLUENCE DES VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES DANS LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME ET LA BILHARZIOSE EN GUINEE

Présenté par

ALEGUE Patience Bertrant

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département : Administration et Gestion

Spécialité : Management des Projet

Le 04 Avril 2013

Devant le jury composé de :

Directeur : **Dr Christian Mésenge**

Mme Danièle Bordeleau

Directrice du Département Administration-Gestion Université Senghor d'Alexandrie

Présidente

Monsieur Christian Mésenge

Directeur du Département Santé Université Senghor d'Alexandrie

Membre

Madame Naoual Bentahar, Chargée de cours en économie, Académie Arabe des
Sciences et Technologie, Alexandrie, Egypte

Membre

Remerciements

Le présent mémoire est grandement tributaire de la contribution de plusieurs personnes. C'est pourquoi nous voudrions saisir cette occasion pour exprimer toute notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribué à la rédaction de ce travail.

Nos remerciements sincères s'adressent :

Au Dr Christian Mésenge, Directeur du département santé à l'Université Senghor d'Alexandrie en tant que directeur de mémoire, qui s'est montré à l'écoute et très disponible tout au long de la production de cette œuvre scientifique.

Au Dr Danielle Bordeleau Directrice du Département Administration-Gestion pour le suivi et la rigueur dans l'encadrement au cours de ces deux années de formation. Relectures attentives et nombreuses suggestions.

A Ntaw Godlove, Représentant résident CRS Programme-Guinée qui m'a accepté comme stagiaire.

Au Dr HABA Fassou qui m'a encadré durant le stage en me confiant des missions permettant de développer une expérience de terrain en matière de gestion de projet.

A Suzanne Youssef assistante de la directrice pour sa bienveillance et sa disponibilité aux nombreuses sollicitations.

A tous les collègues qui ont enrichi notre travail au travers multiples échanges.

A mes frères Réal Romuald MBIDA, Cyrille Aimé ENOUGA dont le soutien financier a été très déterminant pour rendre possible cette formation.

Mes amis Achille OLEME, Antoine MINKOULOU et Germaine NGO HANNA pour leur soutien moral et financier tout au long de cette formation.

ALEGUE Patience Bertrant

Dédicace

A ma Mère ONGONI Marie, mon père MELANGA Longin. Qu'ils trouvent ici le fruit de leur sacrifice pour mon éducation.

Résumé

Le Paludisme et la Bilharziose par leur incidence élevée et leur morbidité, constituent un problème de santé publique. Pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), en particulier pour réduire la mortalité infantile de deux tiers d'ici 2015, la mise en l'échelle rapide de la prévention et du contrôle du paludisme est essentielle. En Guinée, les autorités avec l'appui des partenaires sont engagées dans la lutte contre ces maladies qui impactent négativement le développement du pays. Des interventions sont faites dans le cadre de la prévention et du traitement de ces maladies. Cependant on relève que certains obstacles ne permettent toujours pas d'atteindre les objectifs escomptés. Ces obstacles sont de type socio démographique. Ainsi pour faire face, des actions sont menées pour amener les populations à adopter des comportements favorables afin d'endiguer ces maladies. Il s'agit de la promotion de la santé qui va au delà de l'aspect purement médical. C'est dans cet ordre d'idées qu'en Guinée le volet sensibilisation a fait l'objet d'un accent particulier dans un projet de santé « Combattons le paludisme et la bilharziose à la source » exécuté par Catholic Relief Services (CRS).

L'objet de notre étude est de déterminer les variables sociodémographiques ayant eu une influence certaine dans le projet.

Pour ce faire, nous avons mené une étude à partir des résultats de la troisième enquête d'évaluation menée dans le cadre de ce projet. Ainsi nous avons exploité les réponses du questionnaire ayant été conçu pour la circonstance. Compte tenu du temps relativement court, notre étude s'est limitée dans deux districts sur les dix constituant la zone de couverture du projet.

Il s'agit d'une étude quantitative ayant deux objectifs : ressortir les variables sociodémographiques importantes pour dormir sous moustiquaires imprégnées et pour faire recours aux ACT en cas de fièvre de l'enfant de 0-59 mois pour le paludisme. Pour la bilharziose il est question de ressortir le canal ayant été décisif pour l'information des agriculteurs.

Les résultats montrent que, pour le paludisme les variables retenues dans notre étude (âge, niveau d'instruction) n'ont pas d'influence sur la variable dormir sous moustiquaire imprégnée chez les mères ciblées. Par contre on observe que l'âge influence le recours aux ACT en cas de fièvre de l'enfant âgé de 0-59 mois. S'agissant de la bilharziose on note que la radio communautaire a été le média le plus décisif.

Mot-clefs

Paludisme, Moustiquaires, ACT, Bilharziose, Source d'information, Guinée, Caractéristiques Socio démographiques, Media

Abstract

Due to their ravaging consequences, Malaria and Schistosomiasis are considered as a significant public health problem. It is imperative to rapidly scale up the prevention and control of malaria, in order to achieve the Millennium Development Goals (MDG), especially the reduction of two third of the child mortality rate by 2015. In Guinea, with the support of some partners, the Government has embarked into the fight against all diseases, which have a negative impact on the country's development. Interventions are carried out within the framework of the prevention and treatment of these diseases. Nonetheless, it is worth noticing that some obstacles still do not allow us to reach the expected objectives. These obstacles are related to socio-demographic issues. Hence, in order to counteract these problems, actions must be taken to help the population adopt positive behaviours that will enable them to hold back these diseases. This is about health promotion that goes beyond the sole medical condition. It is against this backdrop that in Guinea, within the framework of the health project, emphasis was laid on the sensitisation aspect "Let us fight the root cause of malaria and schistosomiasis" carried out by the Catholic Relief Services (CRS).

The purpose of our study is to determine the socio-demographic factors that have an influence in the fight against these two diseases in Guinea. In order to achieve this goal, we carried out a research from the results of the third evaluation study conducted within the framework of this project. Thus, we made use of the answers of the questionnaire received for this purpose.

Given the relatively short time allocated, our research was limited to two districts out of the ten that made up the coverage area of the project. It is all about a quantitative study aimed at outlining the number of sleeping targets under mosquito nets according to the various socio-demographic categories (age, educational background) and targets making use of ACT for situations of fever on children from 0 to 59 months due to malaria. Concerning the Schistosomiasis, it is all about highlighting the vital channel in order to inform farmers.

In the case of malaria, the results pointed out that age and educational background do not influence the fact of sleeping under a mosquito net for mother with children from 0 to 59 months.

However, we observe that age influences the use of ACT in case of fever on children from 0 to 59 months.

With regards to Schistosomiasis, it is worth noticing that the community radio is the most decisive media.

Key-words

Malaria, Mosquito nets, ACT, Bilharziasis, medium, Guinea. Socio- demographic factors. Media

Liste des acronymes et abréviations utilisés

ACT : Artemisinin-based Combination Therapy-Association médicamenteuse à base d'artémisinine.

BM : Banque Mondiale

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CRS : Catholic Relief Services

CVS : Comité Villageois de Santé

DDT : Dichloro Diphényl Trichloréthane

IEC : Information-Education-Communication

LQAS: Lot Quality Assurance Sampling

MII : Moustiquaire Imprégnée d'insecticide

MILDA : Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action

MTN : Maladies Tropicales Négligées

OCPH : Organisation Catholique pour la Promotion Humaine

OMD : Objectifs du Millénaire de Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMVS : Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

RBM: Roll Back Malaria

SBC: Service à Base Communautaire

UNICEF: United Nations Children's Fund

WHO: World Health Organization

Table des matières

Remerciements	ii
Dédicace	iii
Résumé	iv
Mot-clefs	iv
Abstract	v
Table des matières.....	vii
Introduction	1
1. Difficultés d’appropriation des messages par les communautés lors d’une campagne de sensibilisation dans un projet de santé en Guinée	3
1.1. Situation du paludisme et de la bilharziose en Guinée et projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source »	3
1.1.1. Situation du paludisme et de la bilharziose en Guinée	3
1.1.2. Du projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source »	4
1.2. Question principale	6
1.3. Hypothèse de recherche.....	7
1.4. Objectifs.....	7
1.5. Présentation des données	7
1.6. Les résultats attendus.....	8
2. Evolution des approches de lutte contre le paludisme et la bilharziose	9
2.1. Généralités et terminologies d’usage en santé	9
2.2. Epidémiologie et impact socioéconomique du paludisme et de la bilharziose	10
2.2.1. Du paludisme	10
2.2.2. De la bilharziose	12
2.3. Organisation de lutte contre le paludisme et la bilharziose	13
2.3.1. Lutte contre le paludisme	13
2.3.2. Lutte contre la bilharziose.....	15
2.4. Promotion de la santé	16
2.5. Evolution des approches d’intervention de prévention et de sensibilisation en santé	17
2.6. Approche marketing social.....	19
2.6.1. Définition	19
2.6.2. Principes du marketing social	19
2.6.3. Outils de marketing social	20
2.6.4. Le public- cible	20

2.6.5.	Le marketing social dans le domaine de la santé	20
3.	Méthodologie.....	22
3.1.	Cadre d'étude	22
3.1.1.	Description sommaire de la République de Guinée.....	23
3.1.2.	Description de la région d'étude : Moyenne Guinée.....	23
3.2.	Etude de terrain	23
3.3.	Type d'enquête	23
3.4.	Techniques d'échantillonnage et taille de l'échantillon : enquête par la méthode LQAS	24
3.5.	Description du LQAS (Lot Quality Assurance Sampling).....	24
3.5.1.	Définition	24
3.5.2.	Pourquoi conduire un suivi ?	24
3.5.3.	Quelques notions liées au LQAS.....	25
3.5.4.	Identifier les lieux d'interview	25
3.5.5.	Conditions de réussite d'un LQAS.....	25
3.6.	Collecte des données	27
3.7.	Plan d'analyse	27
4.	Résultats et discussion.....	28
4.1.	Présentation des résultats de l'étude descriptive dans les districts cibles	28
4.1.1.	Etude descriptive à Tougué.....	28
4.1.2.	Etude descriptive à Mamou	29
4.2.	Présentation des résultats de l'étude analytique dans les districts cibles	31
4.2.1.	Etude analytique à Tougué.....	31
4.2.2.	Etude analytique à Mamou.....	33
4.3.	Discussion	36
5.	Conclusion et Recommandations.....	38
5.1.	Conclusion.....	38
5.2.	Recommandations.....	38
6.	Références Bibliographiques.....	40
7.	Liste des illustrations	43
8.	Liste des Tableaux	44
9.	Glossaire	45
10.	Annexes	46
10.1.	Annexe 1 : Le paludisme dans le monde	46
10.2.	Annexe 2 : Cycle du paludisme	46
10.3.	Annexe 3 : Moustique gorgé de sang	47

10.4.	Annexe 4 : La bilharziose dans le monde	47
10.5.	Annexe 5 : Enfants atteints de la bilharziose	48
10.6.	Annexe 6 : Cycle de la bilharziose.....	48
10.7.	Annexe 7 : Activités du Projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source »	49
10.8.	Annexe 8 : Enquêteur avec une cible	49
10.9.	Annexe 9 : Extrait des questions ayant servies à l'étude.....	50

Introduction

La bilharziose et le paludisme constituent deux maladies graves en Afrique. Ces maladies créent des conditions sanitaires difficiles qui réduisent la productivité au travail (Bio-Tchané et al, 2007). Le paludisme est le problème de santé publique le plus crucial dans les pays d'Afrique subsaharienne (annexe1). Dans cette région, 74% de la population vit dans les zones de forte endémie (Doudou et al, 2006) .7% de cette population vit dans les régions où les risques sont minimales ou inexistantes. En Afrique, le paludisme compte pour environ 270 millions de cas cliniques chaque année. 70 à 80% de ces cas sont des enfants de moins de 5 ans. En 2010, les décès associés au paludisme sont estimés à 655 000 (entre 537 000 et 907 000), dont 91% dans la région de l'Afrique. A l'échelle mondiale, 86% des décès imputables au paludisme ont concerné des enfants de moins de 5 ans (OMS, 2011). Près de 90% des deux à trois millions de décès dus au paludisme surviennent en Afrique et environ 24% de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans en Afrique sont dus à cette maladie (Ministère de la Santé du Togo, 2009)¹. Si le paludisme persiste et constitue l'une des premières causes de mortalité en Afrique, on observe tout de même qu'il existe des moyens de faire face à cette maladie. Parmi les multiples stratégies de prévention identifiées, un accent particulier est mis sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides (MII). L'usage de la MII étant considéré comme le moyen le plus efficace pour réduire de 50% la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans (UNICEF, 2005). Son efficacité a été largement démontrée à travers plusieurs études dont les résultats concordants ont conduit l'OMS à les recommander aux pays touchés par le paludisme.

La bilharziose fait partie des maladies parasitaires les plus répandues en Afrique. Elle figure parmi les maladies tropicales négligées (MTN) qui gâchent aujourd'hui la vie d'un milliard de personnes dans le monde et mettent en péril la santé de plusieurs millions de personnes (OMS, 2009). Actuellement la bilharziose est limitée à l'Afrique subsaharienne, où l'on estime 90 % des cas (annexe 4). La plupart des personnes atteintes par cette maladie se trouve dans les communautés démunies qui n'ont pas accès à de l'eau salubre et à un assainissement suffisant. On estime à 207 millions le nombre de personnes atteintes de bilharziose. La croissance démographique et la demande accrue en eau entraînent des évolutions qui intensifient la transmission et modifient l'épidémiologie de l'infection et de la maladie. Cette maladie est endémique dans les zones tropicales et subtropicales (Tchuem Tchuenté, 2005). On estime que dans le monde 700 millions de personnes risquent d'être infectées du fait de leurs activités agricoles, domestiques ou de leurs loisirs qui les exposent à des eaux infestées. De même que le paludisme, il existe des moyens de combattre cette maladie notamment la chimio prévention et le respect de certaines règles d'hygiène.

Au regard des résultats obtenus dans la lutte contre le paludisme, plusieurs études ont pu montrer que l'utilisation de la MII n'était pas toujours liée à sa disponibilité (Doannio et coll., 2006).Le taux d'utilisation de la MII n'était pas fort (Doudou al, 2006) de même que le recours au centre de santé. Le recours était effectué uniquement en cas de complication de la fièvre. Toutes ces pratiques non favorables à l'éradication du paludisme sont enracinées dans la culture locale et diffèrent d'une localité à une autre (Houeto et al, 2008) ce qui confirme que les représentations sociales de la maladie constituent un facteur important dans la lutte contre le paludisme. S'agissant de la bilharziose on constate que la lutte contre cette maladie a connu peu d'avancées du fait de

¹ Programme National de Lutte contre le Paludisme au Togo 2009

l'insuffisance des connaissances dans les zones endémiques, de la diversité des espèces ou des souches de schistosomes responsables. La lutte contre cette maladie est aussi confrontée aux obstacles socio culturels. Dans certaines régions de transmission, il est normal de retrouver du sang dans les urines. Cela est considéré chez les garçons comme une preuve de virilité. De ces constats, on peut dire que venir à bout d'une maladie n'est pas seulement une équation de progrès scientifique du point de vue médicale. Parce que la façon dont la maladie est perçue et expliquée détermine la manière dont elle est combattue, ou doit l'être, dans un contexte social donné. S'agissant du paludisme on peut voir que les perceptions et représentations déterminantes dans la lutte contre le paludisme ne sont pas toujours intégrées dans les pratiques des professionnels de la santé qui se limitent aux simples séances d'information dans la perspective du changement de comportement. Comment mobiliser des profils divers du point de vue socioculturel à l'utilisation équitable et adéquate des MII et à une bonne prise en charge de la fièvre ? S'agissant de la bilharziose, comment favoriser l'adoption des comportements adaptés pour lutter contre cette maladie? Pour répondre à cette question les organisations chargées de combattre ces maladies intègrent de plus en plus la communication dans leurs activités pour atténuer les aspects socio culturels entravant la lutte. Ces organisations utilisent multiples canaux de communication pour induire des changements de comportement au niveau de leur cible cependant les résultats restent mitigés. C'est dans cet esprit que Catholic Relief Services(CRS) a mis en place un projet de lutte contre la bilharziose et paludisme en Guinée dans dix districts sanitaires. Ce projet a lieu dans les zones endémiques des deux maladies et financé par la Banque Mondiale (BM) à travers l'Organisation de Mise en Valeur du Fleuve Sénégal (OMVS).Il a intégré le volet sensibilisation des populations cibles comme facteur de réussite, cependant les résultats de l'évaluation finale montrent qu'il ya eu une disparité d'utilisation des moustiquaires et de prise en charge de la maladie pour le paludisme et une faible connaissance de la bilharziose dans certaines régions. Pourtant les mêmes canaux de sensibilisation ont été utilisés dans toute la zone de couverture de projet. Comment expliquer cette disparité des résultats ? C'est de ce constat que découle notre objet de recherche

Notre objectif est, en effet de voir si l'utilisation des moustiquaires par les mères dans le cas du paludisme est déterminée par les aspects sociodémographiques. Le même but est valable pour la prise en charge des enfants ayant eu la fièvre par prise des ACT. pour le cas de la bilharziose c'est de voir quel canal de communication a été le plus décisif dans l'information de la population de la bilharziose et des géo helminthiases.

Afin d'atteindre notre objectif de recherche, nous présentons d'abord la problématique sur l'objet de l'étude suivie d'une revue de la littérature qui nous permettra d'apprécier les efforts entrepris jusqu'aujourd'hui dans la lutte contre ces maladies et identifier les obstacles. Ensuite nous allons présenter la méthodologie adoptée pour l'investigation suivie de la présentation des résultats à la suite de l'exploitation des réponses données par les bénéficiaires .Ces résultats seront suivis d'une discussion qui mettra en relation les résultats de l'enquête avec nos hypothèses. Et enfin la conclusion où nous allons faire des recommandations visant l'amélioration des interventions relatives à ces maladies.

1. Difficultés d'appropriation des messages par les communautés lors d'une campagne de sensibilisation dans un projet de santé en Guinée.

Depuis l'échec du programme d'éradication du paludisme qui s'est heurté à la résistance de l'anophèle au DDT², d'autres stratégies pour lutter contre cette maladie sont mises en œuvre : le diagnostic précoce et le traitement rapide de tous les épisodes cliniques, la planification et la mise en œuvre de mesures de prévention viables, y compris l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides et la lutte contre les vecteurs, la détection précoce pour la prévention ou la limitation des épidémies, le renforcement des capacités locales de recherche pour promouvoir l'évaluation régulière de la situation dans les pays, en particulier sur les déterminants écologiques sociaux et économiques de la maladie. S'agissant du traitement un accent particulier est mis sur les ACT qui peuvent contribuer par leur utilisation correcte et ponctuelle à la réduction de la transmission du paludisme (Hanson, 2004).

S'agissant de la bilharziose, l'OMS préconise l'intensification de la lutte contre les maladies tropicales négligées parallèlement à des politiques favorables aux pauvres. Pour ce faire, certaines mesures de santé publique de base doivent être prises : l'accès à une eau propre et à l'assainissement, et l'éducation pour la santé qui réduiront de manière importante la charge de morbidité due à plusieurs MTN et autres maladies infectieuses. Les médicaments tels que l'albendazole, diéthylcarbamazine (citrale), ivermectine, mébendazole et praziquantel sont les plus susceptibles d'avoir l'impact le plus fort et le plus immédiat sur la santé publique contre un groupe d'helminthoses (OMS, 2007). Dans le cadre de la promotion d'une approche intersectorielle et inter programme de la lutte contre les maladies tropicales intégrées il est recommandé d'intégrer la sensibilisation, la communication pour obtenir un impact comportemental (OMS, 2007).

Notre travail porte sur les aspects prévention et prise en charge pour le paludisme et prévention pour la bilharziose. Plus précisément nous allons montrer l'influence des aspects sociodémographiques dans la lutte contre ces deux maladies. Pour ce faire nous avons eu la possibilité dans le cadre de notre stage de participer à la réalisation des activités du projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source » en Guinée menée par Catholic Relief Services (CRS) qui a intégré la communication dans ses activités et dont les résultats ont été évalués.

1.1. Situation du paludisme et de la bilharziose en Guinée et projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source »

1.1.1. Situation du paludisme et de la bilharziose en Guinée

La prévalence du paludisme et des maladies liées à l'eau est une source d'inquiétude pour les intervenants du domaine de la santé et pour les gouvernements. S'agissant du paludisme on note que le poids de cette maladie est en effet important avec 500 millions de cas par an, 2 millions de décès dont 1 décès d'enfants toutes les 30 secondes (Bley, 2004). En Afrique en général, le paludisme est le problème de santé publique le plus crucial

² Présentation lors des consultations informelles de l'OMS sur le contrôle et l'éradication du paludisme dans le monde, janvier 2008.

dans les pays d'Afrique subsaharienne où 74% de la population vit dans les zones de forte endémie (Doudou et al, 2006). En Guinée en particulier, la prévalence du paludisme est à 47% pour l'ensemble des enfants de 6-59 mois³. Par contre, on note une forte mobilisation de l'Etat Guinéen dans la lutte contre le VIH dont le taux de prévalence est de 1,58%. Ici le paludisme demeure une endémie majeure et la première cause de mortalité nationale. La Guinée se trouve dans la zone à paludisme stable dans le faciès tropical (savanes humides de l'Afrique de l'Ouest et l'Est) où la transmission est à recrudescence saisonnière longue. Entre 2003 et 2005, le paludisme était la cause de 14% des décès chez les enfants de moins de 5 ans. Le paludisme reste la première cause de consultation chez les enfants (31%) et d'hospitalisation (25%).

La bilharziose quand à elle sévit dans toutes les régions de la Guinée mais sa prévalence varie d'une localité à une autre en fonction des conditions écologiques. Les infections parasitaires constituent un des problèmes majeurs de santé publique en Guinée (Ministère de la Santé publique, 2008)⁴

La prévalence de ces infections est liée à plusieurs facteurs, dont principalement le manque de mesures préventives parmi les populations les plus vulnérables et une prise en charge qui n'est pas toujours appropriée. Pour lutter contre ces maladies le gouvernement s'emploie avec l'appui des partenaires à promouvoir les mesures de prévention dans les zones à forte endémie et à assurer des traitements de masses. C'est dans cette logique que le projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source » trouve sa justification.

1.1.2. Du projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source »

➤ Contexte et des objectifs

En 2008, le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) a lancé un processus de révision de sa politique nationale afin d'inclure les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) quant aux mesures préventives et de traitement les plus appropriées. C'est dans ce cadre que Catholic Relief Services (CRS) et ses partenaires locaux, dont l'Organisation Catholique pour la Promotion Humaine (OCPH), se proposent d'intervenir dans le bassin du fleuve Sénégal en Guinée situé dans les régions de Mamou, Labé, Faranah et Kankan. Ainsi, CRS et son partenaire juguleront le problème de morbidité et mortalité lié au paludisme et autres parasitoses intestinales grâce à une stratégie à deux volets :

- Objectif Stratégique 1 (OS1) : Les populations des zones cibles se protègent contre le paludisme et les parasitoses
- Objectif Stratégique 2 (OS2) : Les populations des zones cibles se traitent contre les parasitoses

Le premier objectif stratégique s'est basé sur la promotion pour un changement de comportements des populations vulnérables, c'est à dire les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, afin d'assurer qu'ils dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée (MIILD). Pour ce faire, les medias, les agents communautaires ou services à base communautaire (SBC), ainsi que les comités villageois de santé (CVS) ont été mobilisés. En parallèle, le projet a collaborer avec les communautés cibles afin de les amener à identifier, prévenir et contrôler dans la mesure du possible les vecteurs de paludisme et parasitoses,

³ enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (eds-mics) 2012 rapport préliminaire Ministère d'Etat de la Santé et de l'Hygiène Publique Conakry, Guinée

⁴ Direction Nationale de la Santé Publique Mai 2008, Guinée

grâce notamment à une meilleure hygiène personnelle et environnementale.

Le second objectif quant à lui est conçu pour renforcer la prise en charge communautaire des cas de parasitoses au travers d'une distribution biannuelle des comprimés relatifs à chimio prévention notamment le Praziquantel et l'Albendazol ainsi qu'une prise de conscience de la population, y compris les enseignants, sur les risques liés aux parasitoses et des mesures à prendre.

Etant donné le rôle et l'expérience du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) dans la mise en œuvre de programmes similaires dans le reste du pays, ce projet s'est basé sur les documents, outils de communications, et messages déjà élaborés par le PNLP et les a adaptés aux besoins des populations cibles. Un cadre de concertation rassemblant les différents acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme en Guinée a été mis en place et suivi tout au long de la mise en œuvre du projet afin d'assurer que les stratégies proposées, et les problèmes éventuels rencontrés, sont discutés et recueillent un consensus parmi les parties impliquées. Il s'agit notamment de l'Organisation pour la Mise en Valeur du Fleuve Sénégal (OMVS) et le Ministère de la Santé, aux niveaux national, régional, et préfectoral, qui ont été impliqués dans toutes les étapes de la conception à la mise en œuvre et l'évaluation du projet, à la fois en tant que conseillers et acteurs de changement.

Le premier objectif stratégique qui concerne l'essentiel de notre travail repose sur la promotion pour un changement de comportements des populations vulnérables et s'est appuyé sur certaines activités d'IEC-CCC à savoir : le plaidoyer en direction des décideurs politico-administratifs et les leaders religieux en vue de leur adhésion aux objectifs du projet, la communication interpersonnelle (ménages) au moyen des causeries éducatives (CE) et visite à domicile (VAD) par les animateurs des Organisations non gouvernementales (ONG) et les agents communautaires de la santé. Pour une bonne visibilité de la campagne les responsables, ont eu recours aux techniques du marketing social qui s'est focalisé sur la communication de masse à travers les spots radio-Tv, des microprogrammes, des tables rondes, les théâtres radiophoniques.

➤ Des Constats

Nous notons dans le rapport d'évaluation (CRS-Guinée, 2012)⁵ quelques constats indiquant des résultats mitigés de la campagne. Ces constats constituent pour nous un aspect nécessitant une étude soutenue. Les résultats pourront permettre de réajuster et mettre en œuvre des campagnes susceptibles de toucher et produire les résultats escomptés.

S'agissant du paludisme :

On a constaté un faible taux d'utilisation des moustiquaires par rapport à la disponibilité.

On note une faible couverture et une faible utilisation en MILDA dans les districts de Dalaba, Pita et Koubia.⁶

Les districts de Pita et Mamou se caractérisent par un faible recours des parents pour une prise en charge en cas de fièvre chez les enfants.

Dans les districts de Mamou, Dalaba et Pita, on note un retard à la consultation en cas de fièvre chez les enfants

Dans la zone de couverture du projet les signes du paludisme et les avantages de l'utilisation des MILDA sont bien connus.

Dans le district de Dalaba les voies de transmission et les moyens de prévention du paludisme sont peu connus

⁵ Document synthèse générale de troisième LQAS en guise de l'évaluation finale du projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source »

⁶ Dalaba, Pita et Koubia sont des districts sanitaires

Cependant on note une bonne utilisation des moustiquaires et une bonne prise en charge des cas de paludisme dans certains districts notamment Tougué.

S'agissant de la bilharziose :

Les districts de Dalaba, Labé et Mali se caractérisent par un faible niveau de connaissance de la bilharziose urinaire par les enfants d'âge scolaire.

Dans les districts sanitaires de Dalaba, Mamou, Labé, Pita et Koubia on note une faible connaissance des voies de transmission de la bilharziose chez les enfants d'âge scolaire.

Dans les districts sanitaires de Pita et Tougué, la bilharziose intestinale est peu connue des enfants d'âge scolaire.

Les moyens de prévention contre la bilharziose intestinale sont peu connus par les enfants dans le district de Pita.

Cependant nous constatons que dans d'autres districts les cibles ont une bonne connaissance des voies de transmission de la bilharziose.

En termes de couverture en MILDA les zones de supervisions prioritaires sont les districts de Pita, Koubia, et Dalaba.

En termes d'utilisation des MILDA les zones de supervisions prioritaires sont les districts de Dalaba, Pita et Koubia.

Malgré l'utilisation de plusieurs canaux de communication durant la mise en œuvre du projet, il ressort un déficit d'IEC/CCC des communautés dans la zone de couverture du projet.

De ces constats nous notons que les objectifs sont atteints dans certaines régions couvertes par le projet. Ce qui nous amène à s'interroger sur les raisons pour lesquelles certaines communautés sont plus réceptives que d'autres et nous conduit à la question de recherche suivante.

1.2. Question principale

Quelles variables sociodémographiques ont été plus déterminantes dans les résultats obtenus dans ce projet ?

Cette étude vise à ressortir dans le cadre de cette campagne de promotion, les aspects sociodémographiques les plus déterminants. Dans de nombreux écrits les déterminants sociodémographiques sont évoqués dans la lutte contre les maladies. Au sujet de la réceptivité des messages lors des campagnes de promotion de santé, on observe que plusieurs canaux doivent être mobilisés cependant un ordre de grandeur n'est pas défini devant permettre aux professionnels de santé de cibler les canaux les plus décisifs pour être efficace aussi bien que qu'efficace. De la même façon le recours aux structures sanitaires n'est pas toujours lié à l'accessibilité mais aussi influencé par des aspects socioculturels.

Dans le cadre de notre étude et tenant compte du contexte et des données disponibles nous allons relever les sous-questions suivantes.

L'utilisation des moustiquaires et le recours aux structures de santé sont elles liées aux variables sociodémographiques ?

Lequel des canaux utilisés lors de la sensibilisation contre la bilharziose chez les adultes a été plus déterminant ?

1.3. Hypothèse de recherche

La lutte contre ces maladies est déterminée par plusieurs facteurs : les facteurs politico économiques, les facteurs psychologiques et les facteurs socio démographiques. Dans notre étude, nous allons traiter des facteurs sociodémographiques. Ainsi notre hypothèse se présente comme suit :

Les résultats obtenus dans le projet sont déterminés par certaines variables démographiques.

Pour tester cette hypothèse nous allons la découper en sous hypothèses comme suit.

Hypothèse 1:l'utilisation des moustiquaires et la bonne prise en charge du paludisme sont liées aux facteurs sociodémographiques.

Hypothèse 2 : l'information des catégories socioprofessionnelles de la bilharziose est corrélée avec le type de canal de communication.

1.4. Objectifs

Grâce à cette analyse certains profils-types pourraient se dessiner, l'on comprendrait davantage les effets de la campagne sur les ménages et pourquoi certaines couches sont moins sensibles. Ceci permettra de bien adapter les activités et être efficace sur le type de canal à choisir pour toucher la cible. En clair nos objectifs sont doubles

- Vérifier l'hypothèse de l'influence des variables socio démographiques dans la lutte contre le paludisme
- Identifier les canaux de communication considérés comme les plus légitimes par la population que l'on cherche à atteindre dans le cadre du projet.

1.5. Présentation des données

- Données quantitatives :

Elles résultent de la collecte effectuée lors de notre enquête.

- Données qualitatives

Elles résultent de la revue de la documentation de CRS relative au projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source ».Elles sont aussi le fruit de nos différents entretiens avec les responsables du projet notamment le coordonateur du projet à CRS et le gestionnaire du projet de la structure partenaire OCPH.

S'agissant des données qui nous manquent, il s'agit des données devant être fournies par des structures sanitaires afin de suivre la fréquence des mères faisant recours aux soins modernes pour les cas de paludisme. Cela devait nous permettre de bien apprécier les données collectées auprès des bénéficiaires et des responsables du projet afin d'évaluer l'efficacité de la campagne de sensibilisation. Voir si le nombre faisant désormais recours a augmenté effectivement au regard des résultats obtenus lors de l'enquête. Une augmentation des consultations pourrait signifier une meilleure prise de conscience de la population à faire recours aux structures sanitaires dans la prise en charge de la fièvre.

1.6. Les résultats attendus

Cette recherche sera utile aussi bien pour les professionnels de la santé que pour les agences de développement impliquées dans la lutte contre le paludisme et la bilharziose notamment en Guinée. Cela sera possible par la production des résultats ci après.

- L'identification des canaux de communication ayant contribué à l'information des populations des moyens de prévention contre la bilharziose et les géohelminthiases.

- L'identification des variables socio démographiques ayant été déterminantes dans les résultats du projet.

Pour traiter de cette problématique, nous allons parler de l'épidémiologie de ces deux maladies en Afrique en général et en Guinée en particulier. Il sera également question dans cette partie de retracer l'évolution de la lutte contre ces deux maladies et souligner les problématiques majeures relevées au cours de cette lutte. Nous allons également parler de l'approche actuelle de la promotion de santé pratiquée par les organisations à savoir le marketing social qui, théoriquement, est une réponse pour trouver des mécanismes de communication plus susceptibles d'induire des changements de comportement.

2. Evolution des approches de lutte contre le paludisme et la bilharziose

Il convient de définir certains concepts qui seront évoqués tout au long de notre travail. Nous allons également donner un aperçu sur les deux maladies permettant de comprendre les raisons ayant conduit aux différentes orientations de lutte.

2.1. Généralités et terminologies d'usage en santé

La communication pour la santé : la communication pour la santé se définit comme l'étude et l'utilisation de stratégies de communications interpersonnelles, organisationnelles et médiatiques visant à informer et à influencer les décisions individuelles et collectives propices à l'amélioration de la santé

L'éducation pour la santé : est la construction sociale d'actions sociales planifiées et d'expériences d'apprentissage conçues pour permettre à des personnes d'obtenir le contrôle des déterminants de la santé et des comportements de santé, et les conditions qui affectent leur santé et l'état de santé des autres.

L'assainissement (cadre de vie) : Interventions visant à réduire l'exposition des populations aux risques sanitaires en favorisant un environnement domestique propre et des mesures permettant de rompre le cycle de transmission des maladies.

L'information- éducation- communication(IEC) : est un processus s'adressant aux individus, aux communautés et aux sociétés, et visant à développer des stratégies de communication pour promouvoir les comportements favorables à la santé.

Communication pour le changement de comportement (CCC) : la direction nationale de la santé du Mali la définit comme « un processus interactif et participatif, à double voie, permettant d'échanger des informations, des idées, des connaissances, des opinions et des décisions, en vue de favoriser dans une communauté donnée ou chez certains individus, des changements durables de comportement ou l'adoption de comportements nouveaux concourant à l'amélioration des conditions de vie de cette communauté ou de ces individus. »⁷

Communication interpersonnelle (CIP) : technique d'animation de groupe qui consiste à un entretien entre un animateur et un groupe de personnes en vue d'apporter un message précis.

Communication interpersonnelle selon handicap international juillet 2009(manuel sur l'IEC-CCC en matière de VIH/SIDA pour les groupes vulnérables) La CIP « est un échange direct verbal ou non verbal d'informations ou de sentiments entre deux individus ou des groupes d'individus » cette communication utilise des techniques tels que la causerie, l'entretien, le counseling (qui est un entretien) la discussion de groupe, le jeu de rôle, la démonstration, la réunion.

La communication de masse : c'est un émetteur (ou ensemble d'émetteurs liés entre eux) qui s'adresse à tous les récepteurs disponibles. En font partie la radio communication, la radiodiffusion et la télévision. Elle dispose rarement d'une rétroaction, ou alors très lente.

⁷ Dans son plan stratégique de communication pour le changement de comportement en nutrition parue en mai 2008

La visite à domicile (VAD) : est une action entreprise dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie de plaidoyer en faveur de la réduction de la vulnérabilité des groupes cibles. Il s'agit d'une visite de courtoisie effectuée auprès des leaders et autorités de la communauté en vue de les amener à comprendre la situation d'un fléau (palu) et de la vulnérabilité dans la localité.

La mobilisation sociale : est une action planifiée et mise en œuvre pour toucher, influencer et engager tous les segments et secteurs concernés de la société afin d'atteindre un but commun. Elle permet de susciter une réaction positive en faveur du programme de la part de tous les acteurs sociaux à savoir les décideurs politiques et économiques, les services publics et groupes organisés, les communautés et les prestataires de services.

La promotion de la santé : est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Confère charte d'Ottawa, rédigée en 1986. Ce concept inclus bien la promotion des modes de vie que l'amélioration des conditions de vie.

Selon (Green et Kreuter,1999) elle est « toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités ».

2.2. Epidémiologie et impact socioéconomique du paludisme et de la bilharziose

2.2.1. Du paludisme

➤ Parasites du paludisme

Le paludisme est une maladie causée par la présence dans le sang des parasites (protozoaires) appelés Plasmodium transmis par des moustiques anophèles. On distingue quatre espèces de Plasmodium : Plasmodium falciparum, Plasmodium vivax, Plasmodium ovale et Plasmodium malariae (OMS, 2007). Parmi ces quatre espèces, la plus pathogène est le Plasmodium falciparum qui se trouve dans les zones tropicales d'Afrique, d'Amérique latine et d'Asie. Cette espèce est responsable de quelques 365 millions de cas de paludisme et de la mort de plus d'un million d'enfants sur une seule année en Afrique (Snow et al, 2005). Le cycle évolutif du Plasmodium a deux hôtes (annexe 2) : l'homme qui est l'hôte définitif et l'anophèle vecteur. Les parasites vivent dans le foie de l'homme puis dans ses globules rouges au sein desquelles ils se multiplient et provoquent la destruction manifestée par l'anémie et la fièvre fébrile. (OMS, 1999)

➤ Moustiques vecteurs

Le paludisme est transmis d'un être humain paludéen à un être sain par les piqûres de la femelle de moustiques anophèles (annexe 3). Plusieurs études ont montré que les moustiques vecteurs du paludisme débutent leur activité à partir du coucher du soleil et atteignent leur maximum entre 23 heures et 6 heures. La situation très inquiétante du paludisme en Afrique tropicale tient au fait que dans cette région il ya une alternance saisonnière et l'abondance de deux des vecteurs les plus efficaces dans les savanes : Anophèles funestus responsable d'une transmission saisonnière qui a lieu vers la fin de la saison des pluies et pendant une partie de la saison sèche et Anophèles gambiae qui assure une transmission permanente (OMS, 2006)

➤ Transmission du paludisme

L'intensité de même que la régularité de la transmission du paludisme est favorisées par des facteurs environnementaux : les précipitations et la présence d'eau qui favorisent l'abondance des gîtes larvaires près des communautés humaines. On distingue de ce fait deux types de paludisme : le paludisme stable qui résulte d'une transmission étalée sur une grande partie de l'année par des anophèles très anthrophiles. Le paludisme instable résulte d'une transmission courte (Mouchet et al, 1991). Ainsi la situation écologique locale de chaque région est déterminante dans ce processus de transmission, cours d'eau à proximité, marécages, eau stagnante, activités humaines, à petites comme à grande échelle (près des trous creusés dans le sol pour prélever la matière première pour les briques ou les empreintes dans des terres marécageuses, rizières etc.) de même que l'insalubrité entretenue par l'homme. Dans ces conditions le taux d'inoculation est très élevé.

Le paludisme est le premier motif de consultation dans les dispensaires et d'hospitalisation. Toutefois on note que la morbidité liée au paludisme varie en fonction des saisons ainsi elle est faible (10%) en fin de saison sèche et très élevée en fin de saison des pluies (80%) (OMS, 2006).

➤ Homme et immunité antipaludique

Sont considérées comme personnes à risque, les enfants de 7 mois à 7 ans, les femmes enceintes. L'immunité peut s'établir après plusieurs années d'exposition au paludisme si la transmission est constante. Elle est acquise de façon lente et progressive en 5 ans et plus. Elle disparaît en 12 à 24 mois chez le sujet immun qui quitte la zone d'endémie, chez la femme enceinte au 2e et 3e trimestre de la grossesse. On peut dire que les sujets qui sont dans une zone stable sont plus prémunis contrairement à ceux qui sont dans les zones instables (Mouchet et al, 1991).

➤ Aspects cliniques du paludisme et prise en charge

La réponse clinique à l'infection est très variable allant de l'infection asymptomatique à la survenue d'un accès grave pouvant entraîner la mort du patient.

L'absence de prémunition rend les nourrissons et jeunes enfants très vulnérables au paludisme. Dans les zones à transmission intense, la plupart des décès et anémies sévères dues au paludisme surviennent chez les nourrissons et les jeunes enfants. Les femmes enceintes sont également très exposées au paludisme.

Dans les zones de transmission stable, la principale conséquence est, chez la mère, une anémie due à l'infection palustre et la présence de parasites dans le placenta à l'origine d'un faible poids de naissance chez le nouveau-né, ce qui contribue de manière significative à la mortalité infantile. Dans un contexte de transmission instable, les femmes enceintes sont peu ou pas du tout prémunies contre le paludisme et le risque de développer une maladie sévère suite à une infection palustre est deux à trois fois supérieur à celui des autres femmes vivant dans la même zone. Par conséquent, un paludisme lors de la grossesse peut concourir au décès de la mère, que la transmission soit stable ou instable. C'est pourquoi les femmes enceintes nécessitent un suivi particulier.

Le paludisme se manifeste sous deux formes : l'accès palustre simple caractérisé par fièvre, céphalées et le paludisme grave caractérisé par des signes neurologiques (trouble de conscience) anémie sévère, œdème pulmonaire, crises convulsives

2.2.2. De la bilharziose

La bilharziose constitue la deuxième endémie parasitaire mondiale après le paludisme (annexe 5). 200 millions de sujets sont infectés et cette maladie est responsable de 800 000 décès par an. Cette maladie est causée par des vers plats (schistosomes) qui se transmettent par des urines ou fèces et faisant intervenir des hôtes intermédiaires (mollusques d'eau douce). C'est une maladie liée au développement agricole et à l'augmentation des réseaux d'irrigation (eaux), sévissant en foyers sur un mode endémo-épidémique.

➤ Agents pathogènes

Il existe trois groupes de schistosomes : le groupe mansoni avec *Schistosoma mansoni* responsable de la bilharziose intestinale. Le groupe haematobium constitué de *Schistosoma haematobium* responsable de la bilharziose urinaire et *Schistosoma intercalatum* responsable de la bilharziose rectale. Le groupe japonicum avec *Schistosoma japonicum* et *Schistosoma mekongi* responsable de la bilharziose artérioveineuse.

➤ Transmission de la bilharziose

L'homme se contamine en entrant en contact avec les larves dans l'eau douce et qui nagent à la surface des eaux à la recherche des hôtes définitifs qu'elles pénètrent par voie transcutanée. Ces larves vont ensuite migrer par voie circulatoire et deviennent adulte. Il faut dire qu'ils peuvent survivre plusieurs années chez l'hôte (5 à 8ans). Les femelles vont y pondre des milliers d'œufs par jour qui migrent à travers la paroi d'un organe profond (vessie, intestin) pour être éliminés avec les excréta. Certains œufs seront bloqués pour conduire soit à la bilharziose urinaire soit à la bilharziose intestinale. Une fois les œufs dans les eaux douces elles y poursuivent leur évolution et libèrent les embryons qui pénètrent les mollusques, hôtes intermédiaires qui quitteront les hôtes après pour être à la recherche des hôtes définitifs. (Annexe 6).

La contamination de la bilharziose est favorisée par de nombreux facteurs : l'absence d'hygiène fécale et urinaire, le contact eaux – mollusques – hommes. On note aussi la création des points d'eau avec la mise en valeur des terres (construction de barrages, développement de l'irrigation permanente). Ainsi on peut constater que la bilharziose a des liens étroits avec l'eau. Dans de nombreuses régions du monde, la prévalence élevée de cette maladie est directement liée aux contacts humains avec les collections d'eau naturelle. Les contacts découlant du métier exercée et donc difficile à éviter ce qui exige des mesures de protection individuelle pour éviter ce contact et donc la contamination (OMS, 2011)⁸. Dans certaines ethnies de l'Afrique on observe il est admis que émettre les urines sanglantes est assimilé à la puberté chez les garçons et les règles chez les filles (Ripert, 2000). On voit que cette représentation sociale de la maladie favorable à l'expansion ne peut être combattue que par des actions de sensibilisation de la population.

En résumé la répartition de la bilharziose n'est pas géographiquement homogène. Elle se fait par des foyers d'importance très inégale (mollusque, eau, température).

➤ Immunité

Il n'ya pas d'immunité naturelle de l'homme, mais un lent développement avec l'âge d'une résistance acquise à la

⁸ Rapport relatif aux maladies tropicales négligées

réinfection.

Au regard de différents aperçus relatifs à ces maladies on comprend la logique ayant été à la base de certains choix dans la lutte contre ces deux maladies et la justification de l'intégration des aspects changements de comportements de plus en plus en vigueur. C'est ainsi que notre revue de la littérature va s'articuler autour de deux thèmes à savoir l'évolution de la lutte contre ces maladies et les grandes approches actuelles de promotion de changement de comportement en l'occurrence le marketing social.

2.3. Organisation de lutte contre le paludisme et la bilharziose

2.3.1. Lutte contre le paludisme

La découverte de la transmission du paludisme par les anophèles par Ross en 1898 fut à l'origine du développement de la lutte anti larvaire pour réduire les sources de vecteurs (Mouchet et al, 1988).

Pour comprendre la situation du paludisme de nos jours, il est nécessaire de connaître l'histoire de la maladie et les actions déjà consenties dans le monde pour la contrôler et l'éradiquer. Cette lutte peut être chronologiquement constituée de plusieurs périodes représentant chacune une innovation. Toutefois chaque étape est une réponse à une limite de l'étape antérieure.

➤ programmes d'éradication du paludisme : 1950 à 1977

Dans la plupart des pays et des régions du monde, le paludisme était endémique affectant environ 90 % de la population mondiale. La découverte du Dichloro Diphenyl Trichloréthane (DDT) est faite en 1939 comme outil de lutte anti vectorielle et est promu dans tous les pays touchés. De 1944- 1945 les premières aspersions domiciliaires de DDT ont lieu en Italie. En 1955, l'OMS adopte le principe de l'élimination du paludisme. A la suite de ce programme associé à la prise de la chloroquine le bilan montre que les résultats positifs avec l'éradication en Europe, Amérique du Nord, URSS, Australie, Afrique du Nord. Cependant en Afrique la maladie perdure avec la stratégie inadaptée au vecteur, le manque de participation de la communauté aux insecticides ce qui conduit l'OMS à abandonner ce programme pour adopter une stratégie dont l'objectif consiste à contrôler le paludisme en 1969. Ce contrôle s'oriente à limiter la transmission et les accès palustres. Entre 1973- 1978 on observe une résurgence du paludisme en Asie.

➤ Phase de contrôle du paludisme : 1978 à 1991

Avec la conférence à Alma Ata en 1978, l'Assemblée mondiale de la santé adoptait la stratégie des soins de santé primaires dont les éléments stratégiques étaient : la participation communautaire, une approche multisectorielle, une technologie appropriée des activités de promotion de santé et l'équité. Dans l'atteinte de ces objectifs, les promoteurs de cette initiative ne sont pas très précis surtout sur l'aspect financement. Cette situation rendait difficile l'atteinte de objectifs. Face aux problèmes économiques des pays africains et tenant compte de la volonté de relancer la politique de soins primaires et de réduire la mortalité infantile et maternelle, les ministres africains de santé adoptent une initiative qui prenait le nom du lieu de la réunion : l'initiative de Bamako.

➤ Initiative de Bamako

Lancée en 1987, elle tente d'apporter des solutions concrètes aux grandes résolutions de la conférence d'Alma Ata. Ces objectifs se déclinent comme suit : renforcer les mécanismes de gestion et de financement au niveau local, promouvoir la participation communautaire et promouvoir les capacités de gestion locale, renforcer les mécanismes de fourniture, de gestion et d'utilisation des médicaments essentiels, assurer les sources permanentes de financement pour le fonctionnement des unités de soins (Tizio et al, 1997).

➤ Faire Reculer le Paludisme (Roll Back Malaria)

En octobre 1998, le directeur de l'OMS annonce l'initiative « faire reculer le paludisme » l'objectif étant de diviser par deux la mortalité du paludisme dans les dix ans. Ce mouvement vise la mobilisation des ressources financières et des compétences pour la lutte contre le paludisme avec ses quatre objectifs déjà évoqués lors de la conférence d'Amsterdam en 1992 qui stipulaient :

D'assurer un diagnostic précoce et un traitement rapide du paludisme

Planifier et mettre en œuvre des mesures de prévention sélective et durable portant notamment sur la lutte anti vectorielle

Déceler rapidement, contenir ou prévenir des épidémies

Renforcer les moyens locaux en matière de recherche fondamentale et appliquée afin de permettre et de faciliter l'évaluation régulière de la situation du pays en ce qui concerne le paludisme, et notamment des déterminants écologiques, sociaux et économiques de la maladie.

C'est dans cet ordre d'idée qu'en 2000 les chefs d'Etats africains promettent de réduire de moitié la mortalité due au paludisme en Afrique d'ici 2010. Pour atteindre cet objectif il est visé de fournir un accès rapide à un traitement abordable et approprié, c'est-à-dire à au moins à 60% de ceux qui souffrent du paludisme, dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes (Ndoye et al, 2004) De la même façon par son plaidoyer RBM a permis la création du fonds mondial qui est le plus grand bailleur de fonds mondial en matière de lutte contre la maladie et la pauvreté. Son action inclut l'apport de financement pour la lutte contre le paludisme, le VIH et la tuberculose (RBM, 2008).

➤ Le fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

Ce fonds a été créé en 2002 c'est une fondation à but non lucratif s'occupe de la mobilisation et distribution des ressources. Ces actions relatives au paludisme s'orientent vers la mise à la disposition des populations des méthodes préventives durables telles que l'utilisation des moustiquaires d'insecticides qui ciblent prioritairement les enfants âgés de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Ces ressources couvrent également les médicaments antipaludiques. Parmi ces médicaments, l'OMS recommande que les traitements du paludisme se basent sur des traitements combinés contenant un dérivatif de l'Artémisinine (thérapie combinée à base d'artémisinine) ou ACT en anglais (Pillay, 2006). Ceci constitue une réponse face à la résistance observée aux monothérapies.

➤ Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique

En 2005, la Banque Mondiale (BM) à la demande des nations affiliées et de ses partenaires lançait un

programme étalé sur dix ans ayant pour ambition finale : rayer le paludisme de la liste des problèmes majeurs de santé publique en Afrique à l'horizon 2015 tel que fixé par le RBM (Banque Mondiale, 2009).

Nous remarquons que la lutte contre le paludisme par la prévention s'est toujours effectuée à plusieurs niveaux à savoir la lutte anti vectorielle traduite par des insecticides et la protection individuelle qui est de plus en plus promue comme stratégie de lutte contre le paludisme consistant à la bonne utilisation des moustiquaires imprégnées. Ce qui manque cependant à ces stratégies, c'est l'implication des populations par la mobilisation des communautés. Sans cette participation des populations les stratégies sus évoquées ne sauraient avoir d'impact.

2.3.2. Lutte contre la bilharziose

La bilharziose est une maladie insidieuse et peu reconnue à ses stades précoces, son impact a longtemps été négligé. Comme la plupart des maladies liées à la pauvreté, elle n'a pas suscité la même attention que le paludisme. Actuellement on observe une dynamique qui se construit pour éradiquer ces maladies dites « oubliées » ou négligées. Cette volonté rentre en droite ligne avec les objectifs du millénaire pour le développement. Dans le cadre de ces objectifs on note que la réduction de la charge des maladies transmissibles revitalisera l'économie des communautés et permettra ainsi de réduire l'écart entre les riches et les pauvres (OMS, 2009). A la lumière de ces objectifs, les MTN maladies vécues par les couches pauvres bénéficient d'une attention particulière.

Les premières actions menées par l'OMS dans les années 1970 et 1980 préconisaient la lutte contre les mollusques, de la chimiothérapie et de mesures éducatives sanitaires. Cette stratégie s'est vue limitée du fait de son orientation exclusive sur le contrôle des infections. En effet l'accent était mis sur le contrôle des mollusques hôtes intermédiaires et la chimiothérapie. Or cette maladie est liée aussi aux conditions d'hygiène qui n'étaient pris en compte, il se produisait des réinfections constantes qui ne permettaient pas d'inverser les chiffres. Dans le registre des facteurs d'échec de cette lutte on note que les programmes initiés dans des pays endémiques (pays africains) dépendaient du financement extérieur et avec l'arrêt du financement cette lutte subissait un coup.

Aujourd'hui on note une volonté mondiale pour la lutte contre la bilharziose avec une priorité accordée à cette maladie par des gouvernements, des donateurs et des agences internationales. L'OMS a joué un rôle décisif car sous son égide tous les Etats membres ont endossé en mai 2001, les trois objectifs majeurs devant contribuer à lutter contre cette maladie qui sont :

- Traiter régulièrement au moins 75% tous les enfants d'âge scolaires exposés au risque de bilharziose et d'infections dues aux helminthes transmis par le sol ;
- Veiller à ce que les personnes vivant dans les zones endémiques aient accès aux médicaments vermifuges au niveau de l'infrastructure sanitaire locale.
- Fournir un traitement régulier à d'autres groupes à haut risque.

C'est donc dans cet ordre sous l'égide de l'OMS que le Partners for Parasite control (PPC) a été lancé constitué des Etats membres de l'OMS, des agences des Nations Unies, des instituts de recherche, des universités, des représentants de l'industrie pharmaceutique et d'une multitude d'ONG. Ce consortium offre une plate forme

importante pour partager les connaissances et les expériences acquises au niveau des pays. Cette dynamique s'est aussi traduite par la mise sur pied des initiatives telles que la SCI (Schistosomiasis Control Initiative) qui a contribué à la mise en place des programmes nationaux de lutte contre la bilharziose et les vers intestinaux dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Le Japon apporte son expérience dans ce combat à travers la création de trois centres de formation régionaux en Thaïlande pour l'Asie, au Kenya pour l'Afrique de l'Est et du Sud, et au Ghana pour l'Afrique centrale. Dans ces programmes, le déparasitage est l'activité la plus promue car cette solution a été reconnue par les Nations Unies pour l'atteinte des objectifs du millénaire.

Cette stratégie nouvelle de lutte contre la bilharziose se base sur le déparasitage régulier et systématique des enfants d'âge scolaire. Les études ont montré qu'il existe un lien générale entre la gravité de l'infestation et le taux de morbidité chez les enfants des groupes à haut risque d'infection (pêcheurs, travailleurs des zones irriguées, etc....) Le déparasitage consiste à réduire le risque de développement de la morbidité chez l'adulte et contribuera à améliorer l'éducation des jeunes. Pour la réussite de cette approche il est important d'impliquer les communautés car la compréhension du vécu d'une maladie par une communauté est déterminante dans la lutte contre cette maladie au regard des études menées sur les déterminants sociaux culturels sur la santé (Tchuem Tchuente, 2005). Dans le cas de la bilharziose il n'est pas seulement efficace pour cette lutte de faire recours uniquement aux médicaments car les populations peuvent se contaminer juste après le traitement lors d'un nouveau contact avec l'eau infestée. Travailler sur les conséquences liées au manque d'assainissement revêt un aspect capital de la lutte. Cela est d'autant plus important parce que le milieu aquatique requis pour multiples usages pour les populations constitue l'espace à risque bilharzien.

De ce qui précède on constate que, si l'implication des populations est évoquée, il est difficile de voir dans les stratégies élaborées par les professionnels de santé l'accent accordé à l'adhésion des communautés qui constituent in fine les cibles de ces programmes. On note plus un accent mis sur la chimio prévention qui nécessite toutefois une adhésion et une collaboration franche des communautés qui vivent dans des conditions socioculturelles. Dans les agences d'exécution des programmes de santé, les initiatives sont prises pour mobiliser les communautés à s'approprier les objectifs des programmes visant leur bien être. Ces initiatives passent par les campagnes de sensibilisation. Ces campagnes même si elles produisent des résultats à court terme ne sont pas toujours très efficaces car mobilisent parfois plusieurs outils de communication qui ne sont pas toujours très adaptés pour être efficaces. Pour leur efficacité, ces campagnes doivent s'adapter au contexte d'intervention donc tenir compte des spécificités locales. C'est dans ce registre que la formalisation de la promotion de santé trouve sa justification. Cette promotion pour être réussie fait appel à plusieurs disciplines permettant de connaître la zone d'intervention et les cibles.

2.4. Promotion de la santé

C'est principalement durant la première moitié des années 1980, à la suite des démarches de l'OMS-Europe visant à mettre en place les grands rêves de la santé pour tous en l'an 2000 et des soins de santé primaires, que le vocable Promotion de la santé a commencé à être systématiquement utilisé (Kickbusch, 1986). C'est vraiment en 1986 qui est l'année où l'expression a pris la place qu'on lui connaît maintenant, avec la proclamation de la

charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Depuis 1986 particulièrement, le champ de l'éducation sanitaire s'est donc élargi et transformé partout en celui de la promotion de la santé.⁹

Toute démarche éducative a un sens si elle est fondée sur un constat de manque ou d'insuffisance. Ceci permettra de trouver les moyens éducatifs adaptés pour produire le changement. On remarque donc que obtenir un changement de comportement revient à identifier une audience spécifique, de déterminer le comportement voulu, de faire ressortir les facteurs déterminants et/ ou empêchant la production du changement ceci passe par l'élaboration des activités spécifiques (Aghi, 2006)

Si les promotions semblent théoriquement porteuses de résultats positifs dans la mesure où elles mettent en relation le comportement et la lutte contre la maladie, on constate tout de même que les résultats escomptés lors des grandes campagnes de sensibilisation ne suivent pas toujours. On peut citer des campagnes de lutte contre le cancer passant par la privation du tabac. Ceci montre la difficulté d'intervenir sur le terrain pour convaincre la cible à adopter le comportement visant à prévenir certaines maladies. Toutefois l'éducation pour la santé reste de plus en plus une approche privilégiée dans la lutte contre les maladies et elle est de plus en plus intégrée dans toutes les stratégies de lutte contre les maladies rompant avec l'approche médicale basée sur la chimiothérapie. De façon concrète les interventions relatives à l'éducation de la santé intègrent des approches qui connaissent une évolution au cours du temps afin de s'adapter au contexte.

2.5. Evolution des approches d'intervention de prévention et de sensibilisation en santé

Pour que les campagnes puissent atteindre leurs objectifs, on note quelques règles à observer : accorder aux court et moyen termes autant d'importance qu'au long terme ;porter autant d'attention aux processus qu'aux résultats, l'implication des intervenants directs et des destinataires de l'intervention doit être effective dans la phase d'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation, adapter les interventions aux situations économiques, sociales et culturelles régionales et locales, inciter par la combinaison de différentes stratégies le changement de comportement individuel, la création d'environnements favorables, le développement des compétences personnelles (Blum-Boisgard .et al,2005). Pour que ces règles soient effectives on observe que les organisations ont adopté multiples approches qui ont évolué en fonction des résultats sur le terrain. Parmi ces approches on distingue trois (Renaud et Rico de Sotelo , 2007) :

- L'approche de la modernisation ou modèle linéaire de changement d'attitude et de comportement

Tous les pays signataires ont développé des campagnes de communication et d'éducation pour la santé visant les changements d'attitudes et de comportement. Le vocable Information- Education-Communication (IEC) désigne une manière de développer au niveau international des campagnes d'éducation qui sont implantées au niveau national voire local. Cette approche a vu le jour entre la fin de la deuxième guerre mondiale et les années 70, elle s'appuie sur le modèle diffusionniste et examine les réalités culturelles comme certains obstacles qu'il faut vaincre en vue de l'adoption des comportements souhaités. Ainsi cette volonté d'influer sur les comportements des acteurs sociaux en vue de faire accepter une innovation sociale ou technologique correspond

⁹ **Efficacité de la promotion de la santé** : Actes du colloque organisé par l'Inpes avec la collaboration de l'UIPES : hors série – 1.2004

au niveau international à ce qu'on a appelé le paradigme de la modernisation.

Face aux échecs répétés de cette approche dans l'implantation d'un certain nombre de programmes de santé, on voit émerger une nouvelle approche :

- l'approche de la dépendance : la conscientisation et l'empowerment

Dans cette approche il est question de remédier aux facteurs d'échecs relevés dans la première approche. Le fait de s'attaquer principalement aux comportements individuels des gens ne produit pas de résultats positifs puisque les problèmes persistent toujours et sont attribuables à des facteurs extérieurs, notamment aux inégalités et injustices structurelles. L'empowerment, la conscientisation des groupes et l'éducation populaire deviennent des concepts clés sur lesquels reposent certains projets de communication en santé publique. Cette orientation plus politique s'inscrit en réaction aux inégalités macro-structurelles dénoncées dans le cadre du paradigme de la dépendance. Ici on voit apparaître des programmes de communications où les professionnels de la santé dialoguent avec les populations défavorisées, afin que ces dernières acquièrent du pouvoir sur leur vie en développant des capacités individuelles et communautaires pour se prendre en main. Au regard du bilan on peut constater que même si la volonté politique est présente mais l'application d'un partage réel de pouvoir entre les professionnels de la santé et les personnes de milieu défavorisé n'est pas encore totalement mise en pratique c'est-à-dire qu'il n'est pas appliqué partout dans toutes les instances de travail. Et c'est dans ce contexte qu'émerge la troisième approche :

- l'approche du nouveau développement : la participation et le Co-développement.

Dans cette approche, la préoccupation est accordée à la réception des programmes par les populations locales et de la prise en considération des enjeux dans des perspectives plus larges. Ce modèle appelle à une participation active des populations et met les individus au centre du dispositif communicationnel, de manière à rendre le changement permanent. Cela implique de dépasser la conception de la santé omniprésente dans les modèles diffusionnistes et dans celui du changement de comportements/IEC, etc. Pour parvenir à comprendre la santé en tant qu'ensemble de processus et de relations qui se tissent entre les personnes, comme participation, entente, négociation de connaissances et pratiques. Bref, on passe d'une position individuelle (je-tu) à une approche relationnelle (nous).

Les campagnes d'IEC jusqu'ici organisée ont largement contribué à l'amélioration des connaissances des populations. Cependant, les résultats obtenus en matière de changement effectif d'attitudes et de pratiques sont encore insuffisants.

C'est pour pallier cette insuffisance que le concept CCC a été créé en vue de mettre l'accent sur les types et techniques de communication visant à persuader et à motiver davantage les populations pour une participation plus responsable dans la prise en charge de leurs propres problèmes de santé pour un changement de comportement durable. Cela suppose une implication totale des populations à toutes les étapes de la conception à la mise en œuvre des plans d'action IEC/CCC initiés.

La promotion de la santé est d'abord et surtout un ensemble de pratiques spécifiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé, à l'aide de stratégies d'interventions

telles l'éducation sanitaire, le marketing social, la communication persuasive, l'action politique, l'organisation communautaire et le développement organisationnel. Dans notre revue nous allons mettre l'accent sur le marketing social qui constitue la stratégie la plus en vue au sein des agences de développement. Il faut aussi dire que les modèles de communication persuasive de santé publique possèdent de nombreuses implications pour le marketing social. Principalement au niveau de la connaissance et la segmentation de la cible, de la conception des campagnes et du plan de communication (Marchioli, 2006). Il revient donc pour réussir une communication, d'intégrer des paramètres liés aux perceptions, attitudes, pratiques socioculturelles des populations bénéficiaires. Cette communication participe de l'élaboration des messages préventifs sur le risque, et en détermine les conditions de créativité (Aghi, 2006). C'est donc sur cette base que le recours aux techniques de marketing social est sollicité pour répondre à ces exigences de communication pour la santé.

2.6. Approche marketing social

2.6.1. Définition

Le marketing social est une spécialité visant à obtenir la modification d'un comportement au moyen de l'information et l'éducation. Sa démarche nécessite la mise en œuvre d'un processus planifié en plusieurs étapes à savoir une stratégie marketing, des cibles spécifiques et une segmentation de celles-ci, une stratégie créative, une conception et une production de messages, une stratégie et une planification vis-à-vis des médias (Mésenge et Palazzolo, 2011). De façon explicite il s'agit de créer, de mettre en œuvre et de superviser des programmes conçus pour amener un changement social. Cette approche de promotion des attitudes et des comportements au sein de la société est de plus en plus vulgarisée. C'est ainsi qu'elle est utilisée dans plusieurs domaines notamment en environnement, protection des droits de l'homme, en santé (cancer, tabagisme etc...). Le marketing social est utilisé par les gouvernements, les ONG, les organismes humanitaires.

2.6.2. Principes du marketing social

Le marketing social reconnaît les principes qui s'appliquent au marketing commercial à savoir : l'évaluation des besoins, l'identification du public cible, la mise au point du produit et l'évaluation des résultats.

Selon les promoteurs de domaine, le marketing social représente « une avance sur les autres stratégies de changement social » parce qu'il transfère au domaine social les connaissances acquises dans le domaine commercial. Ainsi des quatre (4) P reconnus dans le marketing commercial, le marketing social propose cinq (5) P définis comme suit : le produit qui est l'idée ou le comportement que le public cible doit adopter ou modifier. Le prix qui représente le coût en termes d'habitudes et de mentalité à changer ou d'argent à consacrer. Le point de vente représente l'endroit ou le moment utilisé pour transmettre le message. La promotion représente le moyen de communication ou le message utilisé pour attirer l'attention sur le produit. La participation qui fait appel au rôle du public au niveau du succès de l'association qui signe la publicité. Si le marketing commercial propose comme stratégie première de succès l'adaptation du produit au consommateur, donnant ainsi à la communication une place secondaire, le marketing social, lui, ne bénéficie pas totalement de cette possibilité de changer les «

produits » puisque ces derniers sont des idées et que les idées ne sauraient être trop « adaptées » sans changer de nature. Le marketing social préconise une étude approfondie du consommateur et recommande d'utiliser toute motivation, tout argument, toute stratégie de persuasion susceptible de favoriser l'adoption du comportement. On utilisera des arguments tels la peur, la culpabilité, mais aussi la fierté, l'affirmation de soi, l'altruisme, la générosité l'amour et l'humour ou la rationalité, tout ce que l'on aura pu apprendre des motivations exploitables dans les interviews en profondeur ou dans les focus groups. En santé l'idée d'appliquer la segmentation de la population en privilégiant certains et abandonner les autres peut poser des problèmes. Aussi dans le marketing social le souci d'efficacité conduit à ne pas se préoccuper de démontrer le mécanisme comportemental car on se contente de trouver et d'exploiter un élément moteur efficace sans tenir compte de sa rationalité ni de sa valeur pédagogique véritable.

2.6.3. Outils de marketing social

Afin d'atteindre ses objectifs, le marketing social s'appuie sur divers outils qui sont : les médias de masse, les médias spécialisés, les réseaux sociaux, les activités pointues, les événements ciblés et la distribution du matériel. Toutefois ces outils sont utilisés en fonction du public cible. Cela suppose une bonne connaissance de ce public afin de choisir le canal le plus approprié

2.6.4. Le public- cible

L'identification du public est au cœur de la communication. A la lumière des actions envisagées il est important de connaître les caractéristiques des publics cibles. Ceci passe par le tracé du profil démographique comportemental et social de ces publics. Cette analyse des publics cibles permet de distinguer ceux qui ont adopté le comportement souhaité et ceux qui ne l'ont pas encore adopté. Cette étape de segmentation est fondamentale dans la mesure où le marketing social se fonde sur le principe de ce qui fonctionne pour certains ne fonctionnera pas pour d'autres. Le profil des publics cibles concerne les données démographiques, les données comportementales, les données sociales parmi lesquelles on a les habitudes en matière de médias et les endroits fréquentés par les différents publics identifiés lors de la segmentation. Sachant que même si les objectifs de sensibilisation peuvent être atteints dans un temps relativement court, le changement de comportement nécessite des années. Pour cette raison il est important de répéter les messages plusieurs fois pour espérer le changement souhaité.

2.6.5. Le marketing social dans le domaine de la santé

Les recherches en communication de santé peuvent aider le marketing social à changer les comportements en matière de santé et accroître l'efficacité des campagnes (Marchioli, 2006). Il est démontré comment le marketing social peut permettre de donner aux praticiens un cadre d'action pour résoudre des problèmes sociaux et changer des comportements. L'objectif principal du marketing social dans le domaine de la santé est de créer, renforcer ou modifier certaines attitudes afin qu'elles génèrent des comportements davantage bénéfiques pour la santé .Pour ce faire le marketing propose une démarche en neuf étapes comprenant : l'analyse du problème social

contre lequel le praticien veut lutter, le choix de la cible d'action prioritaire, la fixation des objectifs, la connaissance de la cible, le choix d'un concept de campagne, le plan de campagne, le pré-testage de la campagne, l'application et enfin l'évaluation des résultats. Dans notre étude nous allons voir les effets d'une campagne ayant intégré les outils de marketing social dans la lutte contre le paludisme et la bilharziose. Ainsi une méthodologie en lien avec nos objectifs et nos résultats escomptés est adoptée.

3. Méthodologie

Afin de tester nos hypothèses une démarche méthodologique a été adoptée. Toutefois avant de passer à la méthodologie il convient de présenter l'espace dans lequel notre travail s'est déroulé et justifié le choix des sites.

3.1. Cadre d'étude

L'étude a eu lieu en Guinée pays où nous avons effectué le stage. Pour notre étude nous avons choisi deux districts parmi les dix districts des quatre régions constituant la zone de couverture de projet. ces deux districts sont Mamou et Tougué.

Les choix de Tougué et Mamou se justifient par le fait que le premier présente de bons résultats sur l'utilisation des moustiquaires et une homogénéité sur le plan ethnique de la population. Mamou par contre est une zone dont la population est cosmopolite à cela s'ajoute des résultats pas intéressants au niveau de l'information des populations sur la bilharziose et la prise en charge de la fièvre des enfants de 0-59 mois par les mères. C'est également dans ces deux districts que l'essentiel de notre travail de superviseur des enquêteurs a été effectué.

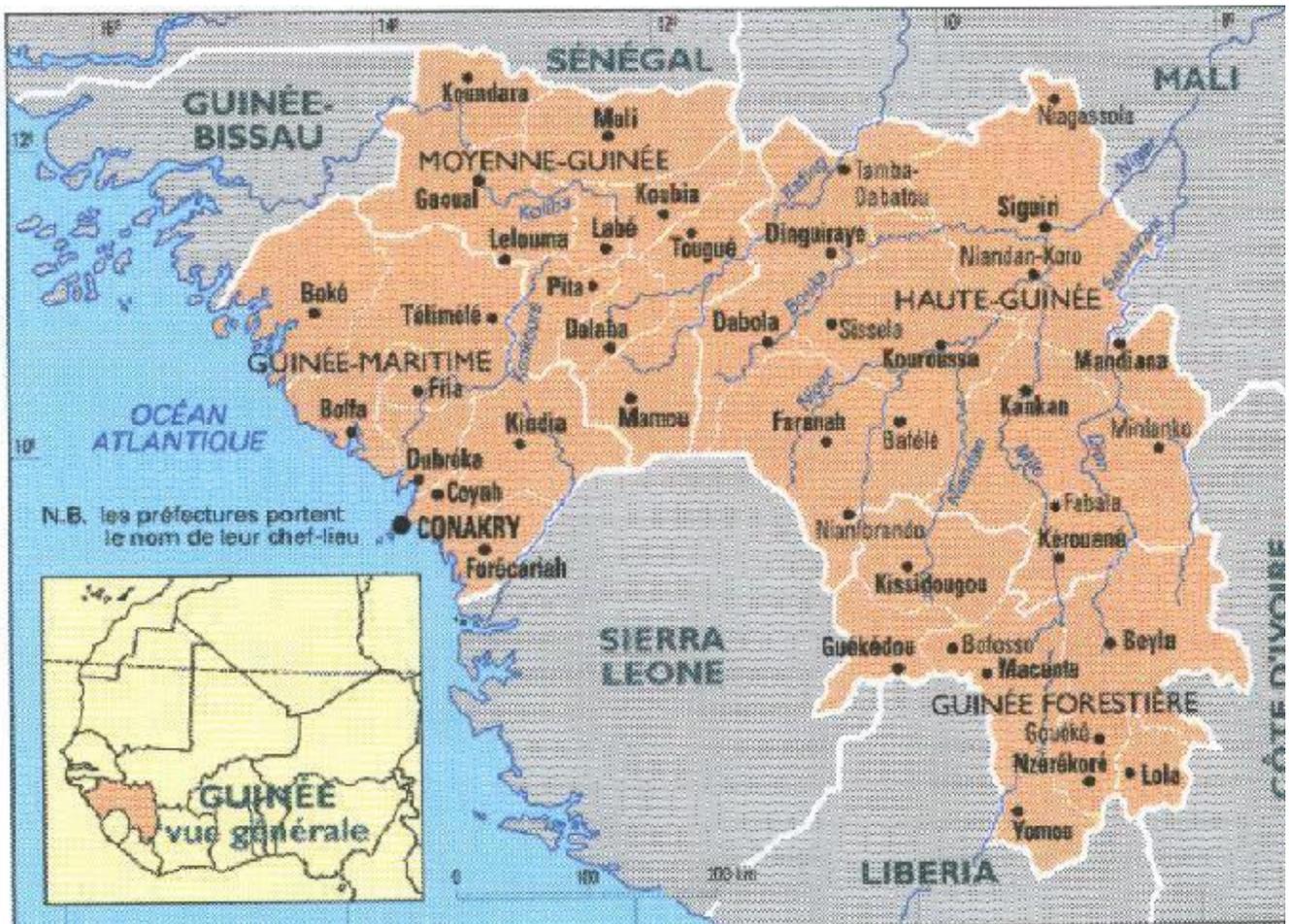


Figure 1 Carte administrative de la Guinée

3.1.1. Description sommaire de la République de Guinée

La République de Guinée est subdivisée en quatre régions naturelles écologiquement distinctes : la Basse Guinée (20%), la Moyenne Guinée (18%), la Haute Guinée (22%) et la Guinée Forestière (40%). La Basse Guinée, région maritime est caractérisée par une pluviométrie importante. La Moyenne Guinée est une région de montagnes et de plateaux, elle est souvent considérée comme le château d'eau de l'Afrique de l'Ouest car de nombreux fleuves de la sous-région y prennent sources. La Haute Guinée a un climat sahélien. Cette région est la plus sèche et la plus aride de la Guinée. La Guinée Forestière a un climat humide de type subtropical et bénéficie de pluies régulières presque pendant toute l'année (Ministère de la Santé Guinée, 2008)¹⁰.

3.1.2. Description de la région d'étude : Moyenne Guinée

Les sites choisis se trouvent dans la Moyenne Guinée ou Fouta Djallon dans les régions administratives de Mamou et Labé qui sont des régions de plateaux et de montagnes. Le climat tropical y est modifié en microclimat de montagne. Les précipitations y sont très peu abondantes. C'est une zone de pâturages, d'agrumes et de cultures potagères. De nos jours, la dégradation du milieu a poussé les éleveurs à étendre la transhumance jusqu'en basse Guinée. Dans cette région la prévalence du paludisme chez les enfants de 6-59 mois est de 47%¹¹ Dans cette région, des études ont démontré la présence de la bilharziose. Le taux de pauvreté y est de 36%.

3.2. Etude de terrain

Pour réaliser cette étude nous avons réalisé notre terrain pendant notre stage qui s'est déroulé de Mai à Juillet 2012. Durant cette période d'apprentissage, nous avons réalisé plusieurs activités. Parmi ces activités certaines ont contribué à la réalisation de notre recherche. Notamment la collecte des données lors de la supervision des enquêteurs chargés de réaliser les interviews. C'est également au cours de ces activités qu'on a pu réaliser des entretiens avec des responsables en charge de la mise en œuvre du projet. Ces entretiens de nature qualitative nous ont permis de comprendre des défaillances relevées au niveau du processus de sensibilisation notamment à Mamou où les populations à risque (agriculteurs) ne disposent pas d'information sur la bilharziose.

3.3. Type d'enquête

Dans la mesure où nous voulons mesurer l'effet de la campagne sur les populations de la zone de couverture du projet, nous serons engagés dans une technique quantitative. Cela nous permettra de ressortir les profils ayant été plus réceptifs au message soit par la bonne utilisation des moustiquaires et la bonne prise en charge pour le cas de paludisme. De la même manière on pourra également identifier ces profils dans le cas de la bilharziose par le nombre de personnes maîtrisant les mécanismes de transmission de la bilharziose et le nombre de personne prenant des dispositions de prévention. Cette étude nous permettra de voir si la cible visée dans ce

¹⁰

Plan stratégique national de lutte intégrée contre les maladies tropicales négligées (MTN) 2008-2012

¹¹ Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples 2012 Guinée Rapport préliminaire

programme est atteinte à savoir les populations vulnérables et indiquera un aperçu sur l'efficacité de cette promotion afin d'améliorer ou de modifier la stratégie d'intervention sur le terrain.

Plus précisément nous allons menée une étude descriptive et analytique car avec ces données nous pourrons expliquer les relations de causalité entre les variables socio démographiques et réceptivité des messages diffusés lors de cette campagne à travers plusieurs canaux. On pourra ainsi modéliser les campagnes de sensibilisation dans cette région dans la lutte contre ces deux maladies

Cette étude sera utile dans cette région car elle permettra de comprendre de la manière la plus fiable et la plus viable, les déterminants affectant la réceptivité des messages lors des campagnes dans cette région visant la lutte contre ces deux maladies

3.4. Techniques d'échantillonnage et taille de l'échantillon : enquête par la méthode LQAS

L'échantillonnage utilisé a fait appel à la méthode LQAS proposé par la Banque Mondiale à l'OMVS (organisation de mise en valeur du fleuve Sénégal). Cette méthode est une méthode probabiliste donc aléatoire. De L'élaboration du questionnaire jusqu'au choix des ménages, CRS, OCPH et l'OMVS ont travaillé de concert. Cependant une séance de formation organisée par les responsables du projet à l'intention des enquêteurs nous a permis de comprendre ce type d'échantillonnage et a contribué au développement d'une expertise. Notre rôle a porté essentiellement sur la supervision des enquêteurs lors de l'administration du questionnaire.

S'agissant de la taille de l'échantillon le chiffre dix-neuf (19) est recommandé dans le LQAS. Un échantillon de 19 offre un niveau acceptable d'erreur pour prendre des décisions administratives ; il identifie correctement, au moins 92% du temps, les zones de supervision (Valadez et al, 2006) qui ont atteint leur couverture cible. Ainsi dans chaque district sanitaire enquêté 19 villages sont sélectionnés selon une méthode de calcul tenant compte du nombre de la population de chaque village. S'agissant effectivement de la taille de notre échantillon nous avons 19 ménages par district sanitaire à raison d'un questionnaire par village. Etant donné le nombre de modules élevé (4) du questionnaire aucun ménage ne peut bénéficier de plus de deux modules.

3.5. Description du LQAS (Lot Quality Assurance Sampling).

3.5.1. Définition

Sondage par lots appliqué à la qualité c'est une méthode d'échantillonnage pouvant être utilisée pour :

Identifier les districts sanitaires à problèmes appelés zones de supervision prioritaire.

Mesurer la couverture à un niveau plus agrégé (ici la zone d'intervention du projet)

Les principales utilisations du LQAS : enquête de base, suivi évaluation

3.5.2. Pourquoi conduire un suivi ?

Pour déterminer la couverture actuelle des indicateurs clés du projet au niveau des zones d'intervention

Pour identifier les priorités au niveau de chaque zone d'intervention

Pour focaliser le projet sur l'amélioration :

- des indicateurs à faible couverture
- des aires géographiques (Ex. districts sanitaires) à faible couverture

Pour améliorer la planification du projet

Pour améliorer l'allocation et l'utilisation des ressources du projet

Pour avoir des paramètres permettant d'identifier la performance du projet

3.5.3. Quelques notions liées au LQAS

Aire/Zone de Couverture: l'aire au niveau de laquelle le projet est en train d'être mis en œuvre (ici, c'est l'aire géographique constituée par les 10 Districts Sanitaires)

Aire/Zone de Supervision : chaque district sanitaire constitue une zone de supervision

Pour utiliser le LQAS, la zone de couverture du Projet doit être divisée en unités de gestion plus petites, ou Aires/Zones de Supervision

Ménage :

'Un groupe de personnes, apparentées ou non, qui vivent ensemble sous le même toit et mettent en commun tout ou partie de leurs ressources pour subvenir à leurs besoins essentiels, notamment le logement et la nourriture. Ces personnes appelées membres du ménage, prennent généralement leurs repas en commun et reconnaissent l'autorité d'une seule et même personne, le chef de ménage (CM)'

3.5.4. Identifier les lieux d'interview

Pour identifier les lieux d'interviews qui sont dans notre cas des villages, cette technique recommande de :

Faire une liste des communautés et de la population totale, calculer la population cumulative, calculer l'intervalle de l'échantillonnage, choisir un nombre aléatoire

Commencer par le nombre aléatoire et utiliser l'intervalle de l'échantillonnage pour identifier les communautés pour les 19 ensembles d'interviews.

3.5.5. Conditions de réussite d'un LQAS

Le nombre de Zones de supervision doit être supérieur ou égale à cinq (5)

- Sélection des ménages
- ✓ Groupes – cibles dans le ménage

Les mères d'enfants de 0 – 59 mois,

Les mères d'enfants de 0 – 59 mois qui ont eu de la fièvre au cours des deux (2) dernières semaines ayant précédé l'enquête,

Les enfants d'âge scolaire (6 – 15 ans), et Les adultes (plus de 15 ans)

Les ménages à enquêter seront sélectionnés de manière aléatoire.

Les ménages à enquêter seront sélectionnés de manière aléatoire.

Dans cette partie nous nous sommes intéressés à trois cibles dans la mesure la communication sur la bilharziose

a été menée dans les collèges ce qui suppose qu'a priori les connaissances des élèves sont bonnes et donc nous avons retenu trois modules parmi les quatre proposés par le questionnaire.

- ✓ sélection aléatoire d'un ménage:

Au niveau du village sélectionné, demander la liste complète des chefs de ménage

Si la liste des chefs de ménage est disponible et est à jour :

Assigner un numéro à chaque chef de ménage et, de manière aléatoire, sélectionner un numéro. Le ménage correspondant constitue le ménage-point de départ (ou 1^e ménage à enquêter)

Si la liste des chefs de ménage n'est pas disponible,

Autres alternatives:

Diviser le village en secteurs de tailles approximativement égales, assigner un numéro à chaque secteur et choisir un secteur de manière aléatoire puis le ménage de départ

Méthode de la bouteille, du bic, etc.

- ✓ Ménage le plus proche d'un lieu commun à tous les villages

Pour chaque questionnaire à administrer, un ménage-point-de-départ doit être sélectionné de manière aléatoire (selon la procédure retenue). Après le ménage de départ, l'enquêteur passe au ménage suivant qui est le ménage le plus proche; et procède de proche en proche pour les autres ménages

Pour une concession avec plusieurs ménages, faire au maximum deux (2) ménages.

- ✓ Sélection des personnes à enquêter

Au niveau d'un ménage, identifier les personnes éligibles aux différents modules du questionnaire

Pour chaque module du questionnaire, un membre éligible (et un seul) du ménage visité doit être interviewé

Si, dans un ménage visité, on trouve plus d'une personne éligible pour un module du questionnaire,

L'enquêteur procède de la manière suivante :

Identifier toutes ces personnes éligibles et assigner à chacune d'elles un numéro ;

Sélectionner de manière aléatoire un numéro et interviewer la personne éligible correspondante.

Si aucun membre du ménage n'est éligible pour un module donné : l'enquêteur se rend au niveau du prochain ménage le plus proche pour interviewer un membre éligible pour le module en question.

Membre du ménage éligible mais absent (pour plus de 15 minutes) : l'enquêteur se rend dans le prochain ménage le plus proche pour trouver une autre personne éligible pour ce module.

Membre du ménage éligible mais momentanément absent (peut être joint en moins de 15 minutes) :

Le trouver sur place (avec l'aide d'un guide éventuellement)

Si l'enquêteur ne parvient pas à l'interviewer dans les 15 prochaines minutes, alors aller dans le prochain ménage le plus proche pour trouver une autre personne éligible pour le module en question ;

Au niveau de chaque ménage, un maximum de deux (2) modules du questionnaire doit être administré dont celui relatif à l'enfant de 0 – 59 mois qui a eu de la fièvre au cours des deux (2) dernières semaines ayant précédé l'enquête.

3.6. Collecte des données

Le questionnaire a été conçu au niveau de CRS avec l'appui des experts de l'OMVS. Une formation des enquêteurs a été prévue pour le rappel des techniques de collecte sur le terrain. L'étude s'est déroulée du 20 juillet au 28 juillet. Notre rôle a été au cours de cette enquête de superviser les enquêteurs et s'assurer le bon remplissage des questionnaires. A ce niveau nous avons eu l'opportunité d'avoir des entretiens avec certaines cibles pour comprendre les aspects observés sur les fiches sur la non ou mauvaise utilisation des moustiquaires ou bien la difficulté de prise en charge. Il faut dire que les enquêteurs se limitaient juste au recueil des données indiquées au niveau du questionnaire.

3.7. Plan d'analyse

Pour mener notre analyse avons d'abord défini les variables qui devaient nous être utiles dans notre enquête. Ceci nous a permis de cibler les questions pertinentes répondant à nos indicateurs. (Annexe 9).

Les variables étudiées étaient :

Dans le groupe des mères d'enfants de moins de 0-59 mois nous avons pris comme variable dépendante l'utilisation des moustiquaires et les variables indépendantes : le niveau d'étude, l'âge, le statut matrimonial

Pour les mères ayant un enfant de 0-59 mois ayant eu la fièvre les deux dernières semaines nous avons pris : comme variable dépendante : le traitement à base d'ACT et comme variable indépendante nous avons le niveau d'étude, le statut matrimonial et l'âge

Et pour l'adulte nous avons identifié :

Comme variable dépendante ou à expliquer : média ayant été plus déterminant pour la connaissance de la bilharziose et les vers intestinaux et La variable indépendante choisie était le statut professionnel

Les données recueillies ont été contrôlées puis saisies et analysées avec le logiciel SPSS.

L'analyse a comporté :

Une étude descriptive des effectifs

Une étude analytique s'est limitée à donner des tendances obtenues à l'aide du logiciel SPSS

Nous n'avons pas procédé aux analyses statistiques car notre échantillon LQAS (19) ne répondait pas au critère du test de χ^2 qui exige un minimum de 30 sujets pour la taille de l'échantillon.

4. Résultats et discussion

La présentation de nos résultats sera constituée de deux parties : l'étude descriptive dans laquelle nous allons ressortir les caractéristiques de nos cibles et l'étude analytique où nous allons ressortir les facteurs déterminants de l'utilisation des moustiquaires pour les mères d'enfants âgés de 0-59 mois et les facteurs déterminants pour la prise en charge des enfants ayant la fièvre. Toujours dans cette phase nous verrons les canaux de communication déterminants chez les adultes relatifs à la connaissance de la bilharziose et les géo helminthiases.

4.1. Présentation des résultats de l'étude descriptive dans les districts cibles

4.1.1. Etude descriptive à Tougué

➤ Cibles : mères des enfants de 0-59 mois

Notre population d'étude est constituée de 19 ménages donc 19 mères tel que recommandé dans le LQAS.

Les variables à étudier sont réparties dans 2 sections : section caractéristique sociodémographique et section moustiquaire.

❖ Dans la section caractéristique sociodémographique ici nous avons comme variables

- L'âge

Les mères présentent les caractéristiques suivantes : celles de 14-19 ans sont au nombre de 2, pour celles ayant entre 20-25 ans elles sont au nombre de 6, celles de 26-31 sont 4, entre 32-37 elles sont 3 et entre 38-43 elles sont 4.

- L'École :

Nous avons 15 mères qui n'ont pas fréquenté l'école contre 4. Parmi celles ayant fréquenté 3 ont le niveau primaire et 1 ayant un niveau secondaire.

- Le statut matrimonial :

Nous avons 17 femmes mariées 1 célibataire et 1 veuve. Cette variable ne sera pas retenue car toutes les femmes sont presque mariées.

❖ Dans la section moustiquaires

- Dormir sous moustiquaires

Les mères ciblées ayant dormi sous MII représentent 90% de notre échantillon contre 10% ne l'ayant pas fait.

- ##### ➤ Cibles : mères des enfants de 0-59 mois ayant eu la fièvre au cours des deux dernières semaines par les mères. Les variables seront réparties dans deux sections : les caractéristiques sociodémographiques et la prise en charge de la fièvre.

❖ Dans la section caractéristique sociodémographique nous avons :

- L'âge des mères

Nous avons 3 mères de 14-19 ans, 3 de 20-25 ans, 5 de 26-31 ans, 3 de 32-37 ans. 4 de 38-43 ans et 1 de 44-49 ans.

- L'école

Nous avons 79% de mères qui ne sont pas allées à l'école contre 11% ayant toutes le niveau primaire.

- Le statut matrimonial

Dans les 19 femmes on a : 17 sont mariées, 1 célibataire et 1 veuve. Toutes les femmes étant presque mariées cette variable ne sera pas retenue dans notre étude.

❖ Dans la section Prise en charge de la fièvre par les femmes on a la variable suivante :

- Le traitement à base d'ACT

Nous avons : 74% de mères ayant utilisé les ACT pour la prise en charge de la fièvre.

- ✓ Cibles : adultes de plus de 15 ans

Les variables seront réparties dans deux sections : caractéristiques socioprofessionnelles et médias utilisés pour l'information des bénéficiaires.

❖ Dans la section caractéristique socio démographique nous allons nous intéresser spécifiquement au métier

- Le métier

Dans ce groupe nous avons 12 agriculteurs, 2 ménagères, 1 commerçant et 4 non identifiés.

❖ Dans la section Connaissance sur la prévention de la bilharziose intestinale.

- S'agissant de l'information des médias sur la connaissance de la bilharziose par les bénéficiaires :

Les adultes estimant qu'on peut attraper la bilharziose intestinale sont au nombre de 16 ceux qui ne savent rien sont 2 et 1 seul ne pense pas qu'on peut attraper la bilharziose intestinale.

La radio communautaire : ce canal a informé 15 adultes contre 4

La télévision : 1 seul dit avoir été informé par la télévision contre 18

Structure de santé : 9 ont été informé par les structures de santé contre 10

Causerie éducative : 1 seul avoue avoir été informé par ce canal

4.1.2. Etude descriptive à Mamou

- Cibles : mères des enfants de 0-59 mois

Les résultats obtenus sont les suivants

❖ Section caractéristiques sociodémographiques

• L'âge

3 mères ont l'âge compris entre 14-19 ans, 3 mères ont l'âge compris entre 20-25 ans, 7 mères ont entre 26-31 ans, 4 ont entre 32-37 et 2 entre 38-43 ans.

• L'école

12 n'ont pas fréquenté l'école contre 7 et parmi ces 7 mères qui ont fréquenté l'école 4 ont le niveau primaire et 3 ont le niveau secondaire.

• Le statut matrimonial

Toutes les 19 mères interrogées étant mariées, cette variable ne sera pas retenue dans notre étude.

❖ Section moustiquaires

• Dormir sous moustiquaires

64% mères ont dormi sous moustiquaires contre 36%.

✓ Cibles : Mères des enfants de 0-59 mois ayant eu la fièvre au cours des deux dernières semaines

• L'âge des mères

Les mères âgées de 14-19 ans constituent 10,5%, 16% sont âgées de 20-25 ans, 37% de 26-31 ans 26% de 32-37 ans, 10,5% de 38-43 ans.

• L'école

Nous avons 63% de mères n'ayant pas fréquenté l'école, 16% ont un niveau primaire, 21% de niveau secondaire.

• Statut matrimonial

Les mères mariées représentent 95% et les non mariées 5%. Nous n'allons pas retenir cette variable.

• Traitement à base des comprimés ACT

Les mères ayant donné les comprimés ACT aux enfants ayant la fièvre représentent 16% de notre échantillon contre 84% qui ne l'ont pas fait.

➤ Cibles : Les adultes de plus de 15 ans

Ici il est question de l'influence des médias sur les connaissances des cibles ainsi nous donnons d'abord les caractéristiques sociodémographiques. L'âge de 15 ans minimum a été retenu par les experts responsables de l'élaboration du questionnaire.

Et sachant que cette maladie touche plus les agriculteurs et éleveurs on va s'intéresser à ces catégories socioprofessionnelles dans l'analyse.

• Métier

Dans ce groupe nous avons : 5 agriculteurs, 4 commerçants, 5 ménagères, 1 ouvrier, 1 éleveur, 1 fonctionnaire et 2 non identifiés

❖ Connaissance de la bilharziose

7 adultes ne savent pas si l'on peut éviter ou pas la bilharziose intestinale, 6 disent qu'on ne peut pas éviter et 6 pensent qu'on peut éviter.

S'agissant de l'influence des médias au niveau de cette population sur la connaissance de la bilharziose on a :

Radio communautaire : 2 adultes sont informés par ce canal contre 17

Télévision : 1 adulte est informé contre 18

Structure de santé : 4 adultes y sont informés contre 15

Causerie : 4 adultes y sont informés contre 15

4.2. Présentation des résultats de l'étude analytique dans les districts cibles

4.2.1. Etude analytique à Tougué

- ✓ Facteurs déterminants la variable dépendante : dormir sous moustiquaires par les mères d'enfants de 0-59 mois. Puisqu'il ya une grande homogénéité au niveau du statut matrimonial nous allons utiliser à ce niveau deux variables le niveau d'instruction et l'âge.

- ✓ Niveau d'instruction

Tableau I : Répartition des mères d'enfants de 0-59mois dormant sous moustiquaire selon le niveau d'instruction

	Niveau étude			Total
	pas fréquenté	Primaire	secondaire1	
non dormies	2	0	0	2
dormies	13	3	1	17
Total	15	3	1	19

D'après le tableau ci-dessus, 87% des femmes n'ayant pas fréquenté l'école ont dormi sous moustiquaire. Pour celles ayant fréquenté l'école, toutes ont dormi sous moustiquaires soit 100%. Selon cette tendance malgré le fait que la proportion des femmes ayant dormi sous moustiquaire atteint 100% chez celles qui ont fréquenté l'école on peut dire que ne pas dormir sous moustiquaire n'est pas liée au niveau d'éducation.

- ✓ Age

Tableau II : Répartition des mères d'enfants de 0-59 mois dormant sous moustiquaire selon l'âge.

	Age Tougué					Total
	14-19	20-25	26-31	32-37	38-43	
Non dormies	0	1	1	0	0	2
dormies	2	5	3	3	4	17
Total	2	6	4	3	4	19

Au regard de ce tableau on n'observe pas de relation significative entre l'âge et dormir sous moustiquaire.

✓ Facteurs déterminants le recours aux traitements à base d'ACT

✓ Niveau d'étude

Tableau III : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant eu la fièvre les deux dernières semaines traités à base d'ACT selon le niveau d'instruction.

	Niveau étude		Total
	Pas de niveau	Primaire	
non traité ACT	4	1	5
traité ACT	11	3	14
Total	15	4	19

Il n'y a pas d'influence majeure dans la relation niveau d'étude et prise en charge à l'aide des ACT.

✓ Age

Tableau IV : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant eu la fièvre les deux dernières semaines traités à base d'ACT selon l'âge.

	Age mère Tougué						Total
	14-19	20-25	26-31	32-37	38-43	44-49	
NonTraitéACT	1	0	3	1	0	0	5
Traité ACT	2	3	2	2	4	1	14
Total	3	3	5	3	4	1	19

Les mamans ayant entre 32-43 ans sont plus sensibilisées sur le rôle des ACT. Cependant les jeunes mamans sont moins avisées sur l'efficacité des médicaments.

✓ Médias déterminants la connaissance de la bilharziose au niveau des différentes catégories socioprofessionnelles chez les adultes.

✓ Radio

Tableau V : Répartition de la source d'information Radio communautaire chez les adultes selon le métier.

	Métier adulte				Total
	agriculteur	commerçant	ménagère	autre	
informé R	10	1	2	2	15
Non informé R	2	0	0	2	4
total	12	1	2	4	19

Au regard de ce tableau toutes les catégories socio professionnelles ont été touchées par la radio communautaire.

✓ Télévision

Tableau VI : Répartition de la source d'information Télévision chez les adultes selon le métier.

	Métier adulte Tougué				Total
	agriculteur	commerçant	ménagère	autre	
informé Télé	0	1	0	0	1
Non informT	12	0	2	4	18
Total	12	1	2	4	19

On observe que seul le commerçant dans les différentes catégories socioprofessionnelles a eu comme autre source d'information la télévision. Ce qui veut dire les personnes exposées à la bilharziose notamment les agriculteurs ne sont pas atteints par ce canal.

✓ Structure de santé

Tableau VII : Répartition de la source d'information structure santé chez les adultes selon le métier

	Métier adulte					Total
	agriculteur	commerçant	ménagère	commerçant	autre	
informstruc	6	1	1	1	1	9
noninformstru	6	0	1	0	3	10
Total	12	1	2	1	4	19

On constate de ce tableau que 50% d'agriculteurs et 50% de ménagère ont été atteints par ce canal et le commerçant.

✓ Causerie éducative

Tableau VIII : Répartition de la source d'information causerie éducative chez les adultes selon le métier.

	Métier adulte Tougué				Total
	agriculteur	commerçant	ménagère	autre	
informé causerie	0	0	1	0	1
Non informé causerie	12	1	1	4	18
Total	12	1	2	4	19

S'agissant de la causerie éducative, en dehors de la ménagère (50%) les autres catégories socioprofessionnelles n'ont pas été atteintes par ce canal.

4.2.2. Etude analytique à Mamou

- ✓ Facteurs déterminants la variable dépendante : dormir sous moustiquaires imprégnées par les mères d'enfants de 0-59 mois. Toutes les mères étant mariées, nous retenons deux variables : le niveau d'instruction et l'âge.

✓ Niveau d'étude

Tableau IX : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois dormant sous moustiquaires imprégnées selon le niveau d'étude.

	Dormies sous moustiquaires imprégnées		Total
	oui	non	
Non fréquenté	7	5	12
primaire	2	2	4
secondaire	3	0	3
total	12	7	19

Selon le tableau, le niveau d'étude a une influence relative sur dormir sous moustiquaire imprégnées. Ainsi nous remarquons que les mamans dorment en fonction de leur niveau d'instruction.

✓ Age

Tableau X : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois dormant sous moustiquaire imprégnée selon l'âge

	Age des mères					Total
	14-19	20-25	26-31	32-37	38-43	
Dormies	3	1	5	1	2	12
non dormies	0	2	2	3	0	7
Total	3	3	7	4	2	19

Ce tableau montre qu'il n'y a pas une influence certaine entre l'âge et « dormir sous moustiquaires imprégnées »

✓ Mères d'un enfant de 0-59 mois ayant eu la fièvre au cours des deux dernières semaines.

✓ Age

Tableau XI : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant eu la fièvre les deux dernières semaines traités à base d'ACT selon l'âge.

	Age mères					Total
	14-19	20-25	26-31	32-37	38-43	
traité ACT	0	0	2	1	0	3
non traité ACT	2	3	5	4	2	16
Total	2	3	7	5	2	19

On n'observe que les mamans âgées font recours aux ACT

✓ Niveau d'étude

Tableau XII : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant eu la fièvre les deux dernières semaines traités à base d'ACT selon le niveau d'étude.

	Niveau d'étude			Total
	Pas de niveau	primaire	secondaire	
Traité ACT	2	0	1	3
Non traité ACT	10	3	3	16
Total	12	3	4	19

On n'observe pas de différence de niveau d'étude au niveau de la prise en charge à base des ACT.

Canal légitime chez les adultes dans la sensibilisation de la bilharziose.

✓ La causerie éducative

Tableau XIII : Répartition de la source d'information causerie éducative chez les adultes selon le métier.

	Métier adulte							Total
	agriculteur	commerçant	éleveur	fonctionnaire	ménagère	ouvrier	autre	
Informé cause	1	2	0	0	0	0	1	4
Non informé cau	4	2	1	1	5	0	1	15
Total	5	4	1	1	5	0	2	19

Ici on constate 50% de commerçants ont été informé par ce canal et 20% d'agriculteurs ont été informé par ce canal.

✓ La télévision

Tableau XIV : Répartition de la source d'information télévision chez les adultes selon le métier.

	Métier adulte							Total
	agriculteur	commerçant	éleveur	fonctionnaire	ménagère	ouvrier	autre	
Informé TV	0	1	0	0	0	0	0	1
Non informé TV	5	3	1	1	5	1	2	18
Total	5	4	1	1	5	1	2	19

Dans ce tableau on constate que 0% d'agriculteurs soit 5/5 n'ont pas été informés par ce canal. Seul 25% soit 1 sur 4 commerçants dit avoir été informé par ce média.

✓ La radio

Tableau XV : Répartition de la source d'information Radio communautaire chez les adultes selon le métier.

	Métier adulte							Total
	agriculteur	commerçant	éleveur	fonctionnaire	ménagère	ouvrier	autre	
informé Radio	0	1	0	1	0	0	0	2
Non informé radio	5	3	1	0	5	1	2	17
Total	5	4	1	1	5	1	2	19

On constate que contrairement à Tougué 0% d'agriculteurs soit 5/5 n'ont pas été informé par ce canal nous avons 25% de commerçant qui ont été informé et 100% de fonctionnaire soit 1 sur 1 touché.

✓ La structure de santé

Tableau XVI : Répartition de la source d'information structure santé chez les adultes selon le métier.

	Métier adulte							Total
	agriculteur	commerçant	éleveur	fonctionnaire	ménagère	ouvrier	autre	
informé par struct santé	0	2	0	1	0	0	1	4
Non informé	5	2	1	0	5	1	1	15
Total	5	4	1	1	5	1	2	19

Dans ce tableau 50% de commerçant ont été informés par ce canal tandis que les agriculteurs dans leur totalité n'ont pas été informés par ce canal.

4.3. Discussion

➤ *L'utilisation des moustiquaires imprégnées*

✓ Dormir sous MII

A Tougué 17 femmes soit 90% dorment sous MII, ce qui montre que la proportion des femmes ayant une bonne connaissance de l'importance des MII est bonne et peut justifier d'une bonne réceptivité des messages diffusés lors de la campagne de sensibilisation. Cependant à Mamou on remarque que 12 mères soit 63% ont dormi sous MII. Il reste donc à sensibiliser davantage les mères à Mamou.

Ces résultats montrent que dormir sous MII n'est pas influencé par l'âge et le niveau d'instruction qui sont les variables socio démographiques retenues dans notre étude. A Tougué on a 13 mères soit 87% des mères non instruites ont dormi sous MII contre 100% pour les mères instruites même pour l'âge à Tougué on observe que 100% de mères âgées de 14-19ans ont dormi sous MII de même que soit 100% de mère âgés de 38-43 ans ont dormi sous MII. De même à Mamou on observe que 100% âgé de 14-19 ans ont dormi sous MII et que 100% de mères âgé de 38-43 ans ont dormi sous MII Ceci est aussi valable pour le niveau d'instruction. On peut donc dire lorsque la MII est disponible les mères d'enfants de 0-59 mois y font recours. Ceci confirme les résultats obtenus dans une étude menée en Cote d'Ivoire qui évoque le cout de la MII dans le refus de l'utilisation (Doannio, 2006).

➤ *La Prise en charge de la fièvre*

✓ *Traitement à base d'ACT*

Trois mères soit 16% à Mamou ont fait recours aux ACT pour traiter la fièvre contre 74% de mères à Tougué. A Tougué, l'âge est une variable déterminante. En effet, 4 mères âgées de 38-43 ans font recours aux ACT soit 100% contre 2 mères sur 5 âgées de 26-31 ans soit 40% font recours aux ACT. S'agissant du niveau d'instruction on peut dire que à Tougué on observe 74% des mères n'ayant pas fréquenté font recours aux ACT et 75% ayant fréquenté font recours font recours aux ACT ceci montre que le recours aux ACT n'est pas influencé par le niveau d'instruction. A Mamou, 29% des mères âgées de 26-31ans font recours aux ACT et 20% des mères âgées de 32-37 le font aussi contre 0% des mères âgées de 14-19 ans et 20-25 ans. Malgré une faible proportion des mères faisant recours aux ACT on observe a Mamou que le recours aux ACT est influencé par l'âge ce qui est similaire au résultat obtenu à Tougué. Ceci a été constaté par (Seck et al, 2008) au Sénégal qui montre que les femmes adultes se rendent plus à la structure sanitaire que les adolescentes. S'agissant du niveau d'instruction on a 25% de mères de niveau secondaire font recours aux ACT, 0% du primaire ne font pas de recours et 17% sans niveau font recours. Ceci montre que le niveau d'instruction n'a pas d'influence réelle sur le recours aux traitements ACT Ceci est similaire aux résultats produits par une étude menée au Sénégal (Seck et al, 2008). Même si on constate que les mères font recours aux structures sanitaires dans certaines études, il a été démontré que les mamans font recours au centre de santé qu'en phase de complication et en fin d'itinéraire thérapeutique. Ce recours tardif dans ces études est justifié par plusieurs facteurs : pression sociale, culture, pouvoir d'achat statut de la femme etc. (Houeto et al, 2007).

➤ Influence du média

✓ Médias déterminants dans la sensibilisation des différentes catégories socio professionnelles

Au regard des résultats obtenus on note que la communication a été plus efficace à Tougué dans la lutte contre le paludisme. Dans cette efficacité on note que la radio communautaire a été prédominante. Les agriculteurs de Tougué ont été touchés par ce canal à 84% soit 10 agriculteurs sur les 12 qui sont les groupes les plus exposés par la bilharziose. On note aussi que les autres catégories notamment les ménagères et commerçants affichent une couverture de 100%. Les structures de santé ont également contribué à cette communication. A Tougué on observe 50% soit 6 agriculteurs sur les 12 identifiés disent avoir été informé par ce canal. Ainsi ces résultats se rapprochent d'une étude au Rwanda (Hutton et al, 2003) où les sources prédominantes d'information sur le paludisme étaient : le personnel de santé (57%) et la radio (52%). La CIP (causerie éducative) devant contribuer à cette communication n'a pas été efficace car à Tougué aucun agriculteur n'a été touché par ce canal et 20% ont été informés par ce canal. A Mamou soit 1 agriculteur sur les 5 touché par ce canal. Ceci pose donc l'efficacité de ce canal dans la mesure où les agents sur le terrain peuvent remplir les fiches et il devient difficile pour les superviseurs de s'assurer de l'effectivité de ces causeries. D'ailleurs on a pu observer dans les rapports de ces agents de communication que seul le nombre de sensibilisés figuraient sur la fiche. Sur la partie commentaires, il n'avait aucune mention devant permettre aux responsables du projet d'apprécier les points de vue des participants. Or avec la radio communautaire c'est plus évident car les heures de passage sont déterminées. Cette étude montre la difficulté de suivi de certains canaux tels que les relais communautaires qui mobilisent beaucoup de ressources (formation des animateurs, logistique nécessaire). La non maîtrise des connaissances sur la bilharziose observée à Mamou peut se justifier : d'une part, c'est une région cosmopolite sur le plan ethnique (Peulh, Soussou, Malinké) et d'autre part : par une grande étendue ce qui ne permet pas la réception des ondes radio rurale par endroit. Contrairement à Tougué région homogène sur le plan ethnique à majorité peulh et moins étendue. On observe que la radio communautaire peut avoir moins d'impact dans une région dont la diversité tribale est forte une grande dispersion géographique de la population.

5. Conclusion et Recommandations

5.1. Conclusion

Cette étude menée en Moyenne Guinée en général et particulièrement à Mamou et Tougué montre que les mères d'enfants de 0-59 mois avaient une assez bonne connaissance du paludisme ce qui était justifié par la grande utilisation des MII par ces mères. Ainsi nous n'avons pas trouvé de différence significative entre le niveau d'éducation et l'âge sur l'utilisation des MII. Ceci permet de dire que « ne pas dormir sous moustiquaire imprégnées d'insecticides » ne peut relever que de la difficulté économique et infirme notre hypothèse sur cette variable. S'agissant du recours aux ACT, l'étude montre qu'il ya une nette amélioration avec plus de 70% de mères à Tougué qui font recours aux ACT. Pour cet indicateur de prise en charge de la fièvre, nous notons que les caractères sociodémographiques ont une relative influence sur le recours aux ACT plus particulièrement l'âge. Aussi S'agissant des sources d'informations utilisées lors de cette campagne nous notons que la radio communautaire a été la principale source d'information dans le district de Tougué où la campagne a donné de bons résultats du fait d'une bonne connaissance de la bilharziose par les agriculteurs qui font partie des couches à risque. On peut dire que ce canal a été le plus légitime des médias. Nous constatons aussi que les résultats obtenus à Tougué montrent l'efficacité du processus de sensibilisation dans ce district. Malgré le caractère cosmopolite de Mamou, les résultats dans ce district montre qu'il y a eu des limites au niveau du processus de la campagne.

Pour le paludisme nous disons qu'au delà de l'utilisation des moustiquaires, l'accès aux soins et une bonne prise en charge des malades au niveau familial et des services de santé restent importants pour venir à bout de cette maladie. Ceci passe par l'éducation à la bonne utilisation et à l'observance de la thérapie combinée basée sur l'artémisinine. Face à l'urgence et au regard des ressources limitées dont disposent les pays frappés par cette maladie, il se pose un défi à la solidarité internationale dans le domaine de la disponibilité des médicaments et des moustiquaires dont les couts constituent un frein à la lutte contre le paludisme.

S'agissant de la bilharziose, l'assainissement et l'information des populations restent les voies à privilégier pour réduire la morbidité car sans ces mesures préventives le risque de réinfection reste grand et cela peut représenter un fardeau économique pour les autorités qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour lutter contre cette maladie.

5.2. Recommandations

Au regard des résultats ci-dessus et dans l'optique de réaliser des campagnes efficaces, nos recommandations en vue réduire l'incidence et la transmission de ces maladies sont les suivantes :

S'agissant de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, nous proposons aux agences de développement :

De mener une enquête pour apprécier la bonne utilisation des MII car nous avons relevé auprès de ces mères

des cas de fièvre malgré l'utilisation des MII. Dans le même ordre d'idée, la distribution des MII pourra également se faire sur la base de la présentation des anciennes reçues lors des précédentes campagnes.

S'agissant de la prise en charge de la fièvre

Une étude devra être menée sur le recours au traitement préventif intermittent pour les femmes enceintes. Ceci permettra de sensibiliser les responsables en charge de la santé sur la supervision régulière des formations sanitaires.

Il faudra mener une étude des comportements de recours aux soins et des pratiques thérapeutiques. Les résultats de cette étude pourront servir pour l'élaboration d'autres programmes notamment sur la sensibilisation.

Dans cette rubrique, une campagne de distribution des thermomètres peut être envisagée de même que leur utilisation afin de permettre aux mères de pouvoir rapidement détecter des cas de fièvre et faire rapidement recours à une structure sanitaire car il a été démontré que la prise en charge précoce et adéquate de la fièvre de l'enfant réduit de façon significative l'incidence du paludisme grave (Marsh, 2004).

Les agences de développement dans les campagnes de lutte contre le paludisme devront faire la promotion de l'image des hôpitaux, dispensaires et des agents de santé au près de la population.

S'agissant de la connaissance de la bilharziose.

Ainsi nous recommandons la promotion des radios communautaires dans les zones où la population est homogène sur le plan tribale et moins dispersée où il existe une forte culture de l'oralité.

Au niveau des zones où la population est cosmopolite les chapelles et autres sites comme les marchés pourront être mis à contribution pour plus d'efficacité. Les agences de développement doivent mettre un mécanisme efficace de suivi des agents chargés des causeries éducatives. L'accent devra être mis sur l'information des responsables de collectivités territoriales sur la nécessité d'assainir. Ceci passe une implication active des responsables des collectivités dans la lutte contre ces maladies. Ces derniers pourront contribuer à la formation des agents bénévoles pour diffuser des messages dans les différentes langues dans la radio communautaire. Ces responsables devront aussi organiser des campagnes de façon à pérenniser les acquis car l'efficacité des campagnes de sensibilisation réside aussi à la répétition des messages.

6. Références Bibliographiques

- Aghi AB., (2006). Elaboration des messages en communication pour la santé et problématique du changement de comportement. Contribution au colloque international réuni à Douala.16 pages.
- Banque Mondiale, (2009). Intensifier la lutte contre le paludisme, Programme renforcé de la banque mondiale pour la lutte contre le paludisme en Afrique. 152 pages.
- Bio-Tchané A. et Yehoue BE., (2007). « Afrique : Les ingrédients ». *Finances et Développement*, n°44, p.44-48.
- Bley D., (2004). « Atelier intégratif du programme PAL+ « Recherche sur le paludisme et son association à d'autres maladies transmissibles, pour les pays en développement ».Compte rendu de colloque (Anget, 2-4 avril 2003), *Nature Sciences Sociétés*, Vol. 12, n°2, p. 225-227.
- Blum-Boisgard C., Demeulemeester R., Jourdain A., Moisdon JC., Vérité E., (2005) « Quelles sont les conditions de réussite des interventions en santé publique ? », *Santé Publique*, Vol. 17, n°4, p. 569-582.
- CRS-Guinée, (2012). Le document synthèse générale de la troisième enquête(LQAS).2 pages
- Doannio JMC., Doudou D.T., Konan LY, Djouaka R., Paré-Toé L., Baldet T. et al. (2006). « Représentations Sociales et Pratiques liées à l'utilisation des moustiquaires dans la lutte contre le paludisme en Cote d'Ivoire (Afrique de l'Ouest) ». *Médecine Tropicale*. Vol. 66, p 45-52.
- Doudou DT. Doannio JMC, Konan LY, Djouaka R, Paré-Toé L, Akogbéto M., (2006) « La moustiquaire imprégnée d'insecticide comme moyen de lutte contre le paludisme : les raisons d'une adoption limitée en Cote d'Ivoire » Compte rendu de recherche, *Natures Sciences Société*, Vol.14, n°4, p. 431-433.
- Green LW.et Kreuter WM., (1999). M. Health promotion planning, an educational and ecological approach (3rd Ed.). Mountain View: Mayfield. 621 pages.
- Hanson K., (2004). "Public and Private Roles in Malaria Control: The Contributions of Economic Analysis." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol.2, n°71, p.168–173.
- Hesran J-Y., (2009) « La lutte contre le paludisme : nécessité d'une recherche pluridisciplinaire » Commentaire, *Sciences sociales et santé*, Vol. 27, n°4 p. 113-118.
- Houeto D, d'Hoore W, Ouendo EM, Hounsa A, Deccache A., (2007) « fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins », *Santé Publique*, Vol.19, n°5 p.363-372.
- Houeto D. d'Hoore W, Deccache A. (2008) « Perceptions de la participation des parents par les professionnels de santé à la lutte contre le paludisme de l'enfant au Bénin », *Santé Publique*, Vol.20,n°1 p.19-28.
- Hutton G, Musango L, Savadogo B. (2003) Résultats de l'Enquête-Ménage dans la province de Kibuye, Rwanda.Direction de la Santé, Genre et Affaires Sociales Province de Kibuye Swiss tropical Institute. 53 pages.
- Kickbusch I., (1986). "Health promotion, a global perspective".*Canadian Journal of Public Health*, n° 77, Vol.5,

p.321-327.

Marchioli A., (2006) « Marketing social et efficacité des campagnes de prévention de santé publique : apports et implications des récents modèles de la communication persuasive. » *Market Management*, n°1, Vol.6, p.17-36.

Marsh V.M. Mutemi W.M. Willetts A. et al., (2004). "Improving malaria home treatment by training drug retailers in rural Kenya". *Trop Med Int Health*, n°9, p.451-460.

Mésenge C. et Palazzolo J., (2011). *Conscience et Représentation de la santé mentale et neurologique*. Paris : Collection Psycho, Mon petit Editeur. 294 pages.

Ministère de la santé du Togo, (2009) Programme National de Lutte contre le Paludisme. Evaluation de la couverture de la campagne nationale de distribution des moustiquaires imprégnées 2008 et de l'impact des interventions de lutte contre le paludisme au Togo.112 pages.

Ministère de la santé et de l'hygiène publique de Guinée, (2009). Evaluation des besoins de la lutte contre le paludisme, République de Guinée 2008-2013.82 pages.

Ministère de la santé publique, (2008). Plan stratégique national de la lutte contre les maladies tropicales négligées, République de Guinée. 33 pages.

Mouchet J, Robert V, Carnevale P, Ravaonjanahary C, Coosemans M, Fontenille D et al. (1991) « Le défi de la lutte contre le paludisme en Afrique tropicale : place et limite de la lutte anti vectorielle ». *Cahiers Santé*,n° 1,p. 277- 288.

Ndoye T. & Poutain V., (2004). L'évolution des savoirs et des pratiques médicales : l'exemple de la lutte contre le paludisme au Sénégal. *Autrepart*, n° 29, vol.1 p. 81-98.

OMS, (2011). Rapport sur le Paludisme dans le monde : résumé et points essentiels. p. 11-13.

OMS, (2009) Maladies Tropicales Négligées : succès ignorés, nouvelles opportunités.p. 5-6.

OMS, (2011). Agir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées. Premier rapport de l'OMS sur les maladies tropicales négligées. 27 pages.

OMS, (2006). Paludisme : Rapport d'un groupe sur la lutte anti vectorielle et protection individuelle. 60 pages.

OMS, (2007). Plan mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées 2007. p. 11-13.

Pilloy J. (2006). La lutte contre le paludisme, le marché de l'artémisinine et des dérivés. *Med Trop*. n°66. p. 554-557.

Renaud L. et Rico de Sotelo C., (2007). « Communication et Santé : Des paradigmes concurrents ». *Santé Publique*, n°1 Vol. 19, p. 31-38.

Ripert C., (2000). « Bilharziose intestinale à *S. mansoni* ». *Presse Med*, n° 29 .p.1577-1579.

Seck I, Fall IS, Faye A, Ba O, Tal-Dia A. (2008). « Connaissances, attitudes et pratiques des femmes sur le paludisme, dans la zone rurale de Poponguine, Sénégal ». *Médecine Tropicale* , n° 68 : p 629-633.

Snow RW. Guerra CA., Noor AM., Myint HY., et Hay SI., (2005). "The Global Distribution of Clinical Episodes of

Plasmodium Falciparum Malaria.” *Nature*, n°434, p.214–217.

Tchuem Tchuente LA., (2006) Lutte contre la schistosomiase: défi et perspectives pour le XXIe siècle. *Bull Soc Pathol Exot*, n°99, vol 5, p.372-376.

Tizio S., Flori YA., (1997). L’initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? In: *Tiers-Monde*, tome 38 n°152.p.837-858.

Trape JF., (2001) Contre : les limites des moustiquaires imprégnées dans la lutte contre le paludisme en Afrique tropicale. *Bull Soc Pathol Exot*, 2001, n°94 p.174-179.

UNICEF (United Nations Children’s Fund). 2005. “Accelerating Child Survival and Development: A Results- based Approach to High Under- Five Mortality Areas.” New York.

Valadez JJ, William W, Corey L, Robb D., (2006) : Évaluation des programmes de santé communautaire. Guide du formateur Utilisation de la méthode LQAS pour les enquêtes de base et le suivi régulier. Teaching-aids At Low Cost (TALC), Londres Illustré par The Hesperian Foundation. 96 pages.

World Health Organization, Canadian Public Health Association and Health and Welfare Canada (1986).Ottawa Charter for Health Promotion. *Health Promotion International*, 1: (4), i-v.

7. Liste des illustrations

Figure 1 : Carte administrative de la Guinée

8. Liste des Tableaux

Tableau I : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois dormant sous moustiquaire selon le niveau d'instruction à Tougué

Tableau II : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois dormant sous moustiquaire selon l'âge à Tougué

Tableau III : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant eu la fièvre les deux dernières semaines traités à base d'ACT selon le niveau d'instruction à Tougué

Tableau IV : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant eu la fièvre les deux dernières semaines traités à base d'ACT selon l'âge à Tougué

Tableau V : Répartition de la source d'information Radio sur la bilharziose chez les adultes selon le métier à Tougué

Tableau VI : Répartition de la source d'information Télévision sur la bilharziose chez les adultes selon le métier à Tougué

Tableau VII : Répartition de la source d'information structure de santé sur la bilharziose chez les adultes selon le métier à Tougué

Tableau VIII : Répartition de la source d'information causerie éducative sur la bilharziose chez les adultes selon le métier à Tougué

Tableau IX : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois dormant sous moustiquaire selon le niveau d'étude à Mamou

Tableau X : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois dormant sous moustiquaire selon l'âge à Mamou

Tableau XI : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant eu une fièvre les deux dernières semaines traitées à base d'ACT selon l'âge à Mamou

Tableau XII : Répartition des mères d'enfants âgés de 0-59 mois ayant eu une fièvre les deux dernières semaines traitées à base d'ACT selon le niveau d'instruction

Tableau XIII : Répartition de la source d'information Causerie éducative sur la bilharziose chez les adultes selon le métier à Mamou

Tableau XIV : Répartition de la source d'information Télévision sur la bilharziose chez les adultes selon le métier à Mamou

Tableau XV : Répartition de la source d'information Radio sur la bilharziose chez les adultes selon le métier à Mamou

Tableau VI : Répartition de la source d'information Structure de santé sur la bilharziose chez les adultes selon le métier à Mamou.

9. Glossaire

Morbidité : C'est le nombre de personnes souffrant d'une maladie donnée pendant un temps donné dans une population.

Mortalité : C'est le nombre de décès survenu dans une population pendant une période.

Zone à paludisme stable : c'est la zone où la transmission du paludisme est intense et permanente. C'est ce qui permet une acquisition précoce de la prémunition, vers l'âge de cinq ans.

Zone à paludisme instable : c'est la zone où la transmission du paludisme est faible et épisodique. La prémunition est très faible voire absente. Les formes graves touchent l'ensemble de la population. On observe des épidémies.

Taux de létalité : décès attribuable au paludisme / cas de paludisme durant la même période

Epidémiologie : étude de la distribution et des déterminants des états ou des événements de santé dans des populations déterminées, et application de cette étude à la lutte contre les problèmes de santé.

Prévalence : c'est le nombre de personnes atteintes d'une maladie à un moment donné dans une population donnée.

10. Annexes

10.1. Annexe 1 : Le paludisme dans le monde

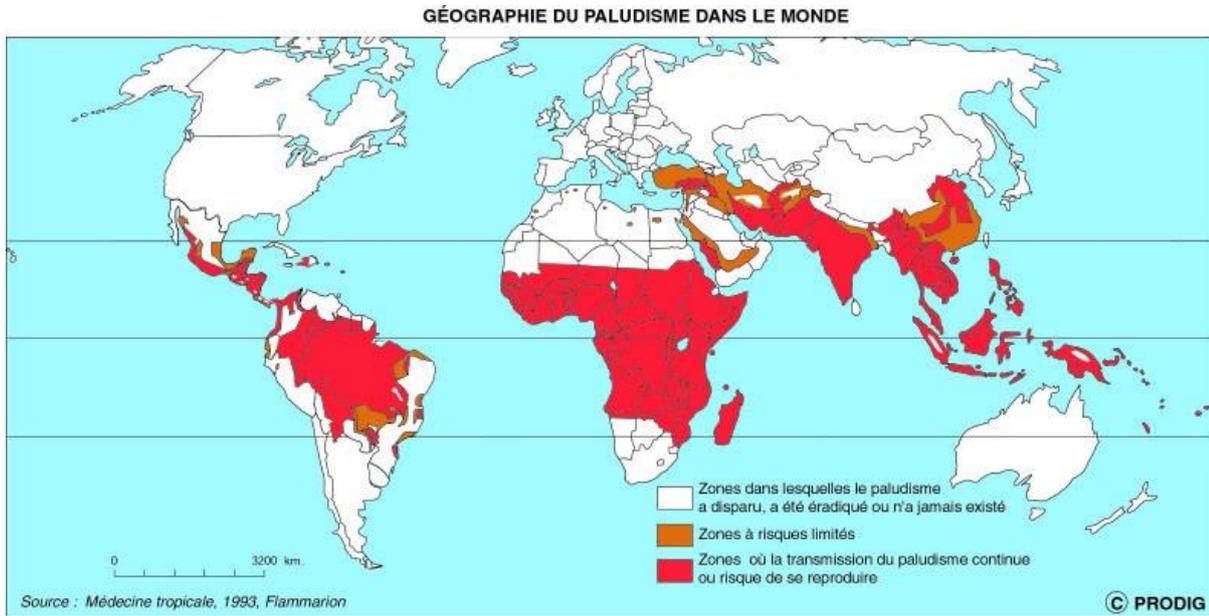


Figure 2 Répartition du paludisme dans le monde

Source : www.archives-fig-st-die.cndp.fr

10.2. Annexe 2 : Cycle du paludisme

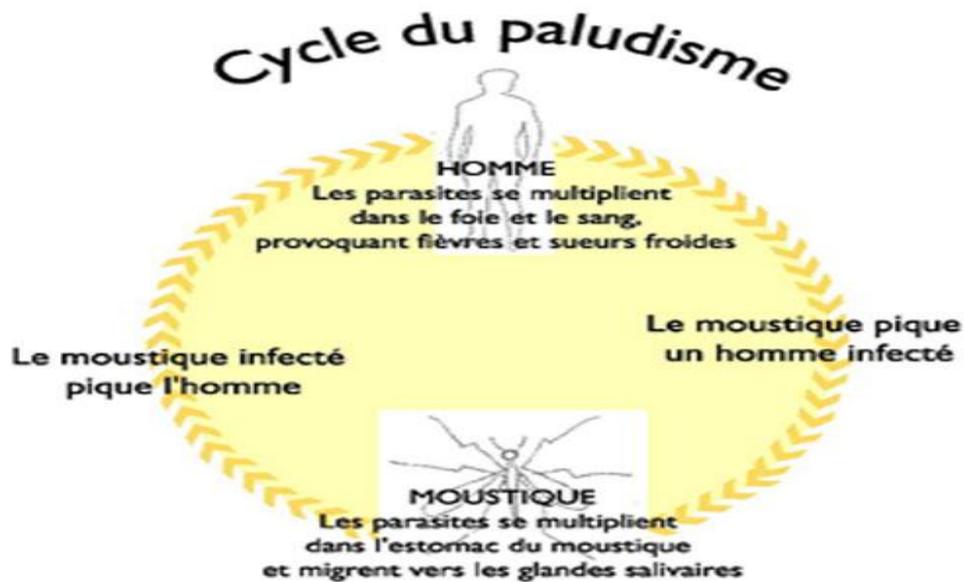


Figure 3 Cycle du paludisme

Source : www.pasteur.fr consulté le 21/02/2013

10.3. Annexe 3 : Moustique gorgé de sang



Figure 4 Moustique gorgé de sang après un repas sanguin

Source : www.planetevivante.wordpress.com consulté le 21/02/13

10.4. Annexe 4 : La bilharziose dans le monde

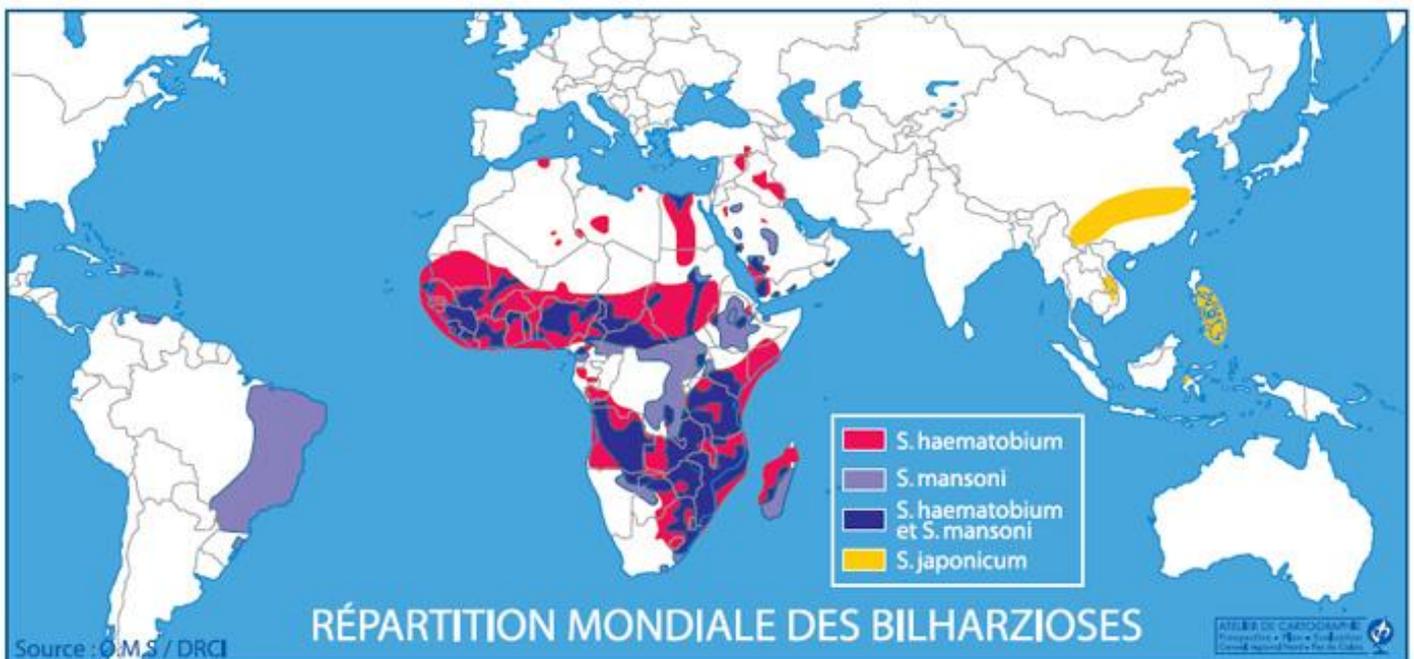


Figure 5 Répartition de la bilharziose dans le monde

Source : www.planetoscope.com

10.5. Annexe 5 : Enfants atteints de la bilharziose



Figure 6 Des cas avancés de la bilharziose

Source : www.anotherwhiskyformisterbukowski.com consulté le 21/02/2013

10.6. Annexe 6 : Cycle de la bilharziose

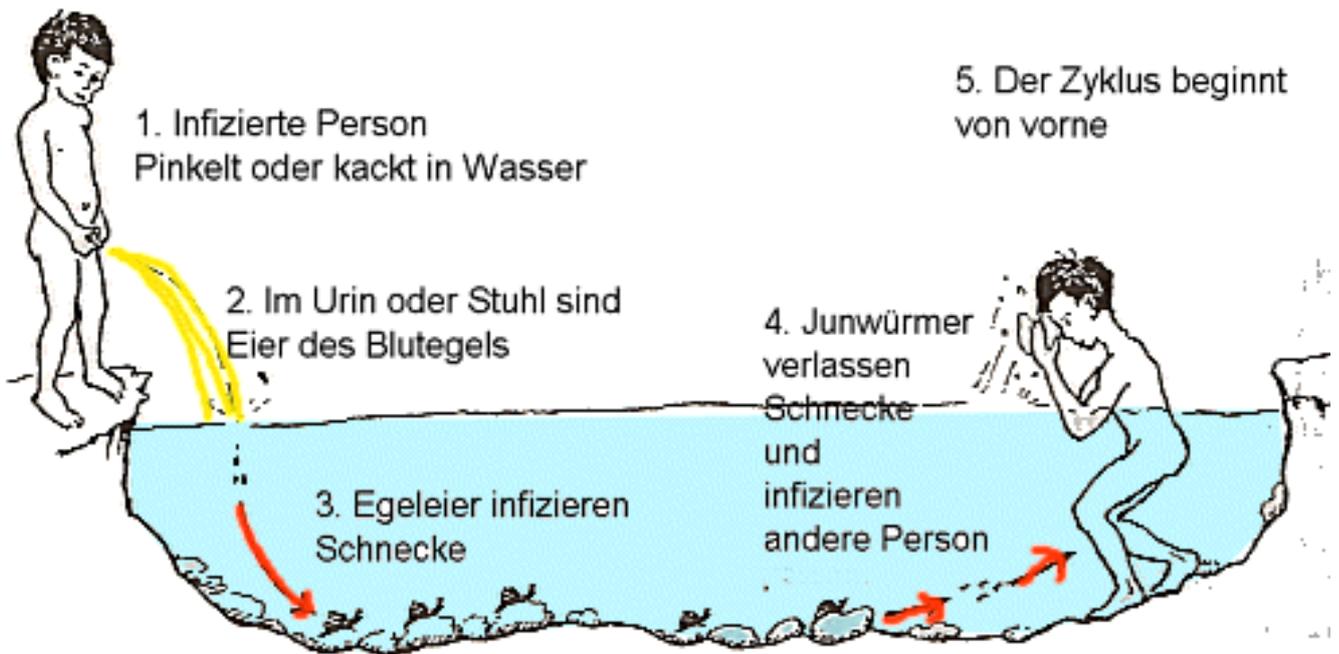


Figure 7 Transmission de la bilharziose

Source : www.herr;turner.info consulté le 21/02/2013

10.7. Annexe 7 : Activités du Projet « combattons le paludisme et la bilharziose à la source »



Supervision d'un enquêteur à Dalaba lors du troisième LQAS à Dalaba à la DPS. Cliché ALEGUE Patience. 20 Juillet 2012

10.8. Annexe 8 : Enquêteur avec une cible



Source : cliché ALEGUE Patience 19 Juillet 2012

10.9. Annexe 9 : Extrait des questions ayant servies à l'étude.

Organisation pour la Mise en Valeur du fleuve Sénégal (OMVS)

Programme de Gestion Intégrée des Ressources en Eau et de Développement des Usages à Buts Multiples dans le Bassin du Fleuve

Sous composante SANTE

Questionnaire LQAS 3

Les questions ayant été retenues pour notre étude

Pour les mères ayant un enfant âgé de 0-59 mois

Section 1: Caractéristiques socio-démographiques de la mère

N°	Questions et filtres	Codes	Sauts
1	Quelle est votre date de naissance ?	_____ / _____ / _____ Jour / Mois / Année	
2	SI LA MERE NE CONNAIT PAS SA DATE DE NAISSANCE, DEMANDER : Quel âge avez-vous ?	Age de la mère en années complètes <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Ne sait pas ANNEES	
3	Avez-vous fréquenté l'école ?	Oui..... 1 Non..... 2	→ 5
4	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ?	Primaire.....1 Secondaire 1.....2 Secondaire 2.....3 Supérieur... ..4 Autre5	
5	Quel est votre statut matrimonial ? LIRE LES REPONSES POSSIBLES	Célibataire.....1 Mariée.....2 Veuve.....3 Divorcée/séparée.....4	

section : Moustiquaire

12a	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ?	Oui.....1 Non..... 2	→ 13a
-----	--	-------------------------	-------

QUESTIONNAIRE POUR MERE D'ENFANT AGE DE 0-59 MOIS

ET QUI A EU DE LA FIEVRE AU COURS DES 2 DERNIERES SEMAINES

Section 1: Caractéristiques socio-démographiques de la mère

N°	Questions et filtres	Codes	Sauts		
1	Quelle est votre date de naissance ?	____ / ____ / ____ Jour / Mois / Année			
2	SI LA MERE NE CONNAIT PAS SA DATE DE NAISSANCE, DEMANDER : Quel âge avez-vous ?	Age de la mère en années complètes <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANNEES			
3	Avez-vous fréquenté l'école ?	Oui..... 1 Non..... 2	→ 5		
4	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ?	Primaire.....1 Secondaire 1.....2 Secondaire 2.....3 Supérieur... ..4 Autre5			
5	Quel est votre statut matrimonial ? LIRE LES REPONSES POSSIBLES	Célibataire.....1 Mariée.....2 Veuve.....3 Divorcée/séparée.....4			
13a	Quels médicaments [NOM] a-t-il/elle pris ? AMONATE COMPRIMÉ, FALCIMON COMPRIMÉ ET ARSUCAM COMPRIMÉ, ARTHEMETER-	ANTIPALUDIQUES : ACT.....1 SP/FANSIDAR.....2	→ 14		

<p>LUMEFANTRIN CONSTITUENT L'ACT.</p> <p>RELANCER AVEC "d'autres médicaments ?" ET ENREGISTREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.</p> <p>NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S) SI LE TYPE DE MÉDICAMENT EST INCONNU.</p> <p>SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT PAS ÊTRE IDENTIFIÉ, MONTRER LES MÉDICAMENTS ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.</p>	CHLOROQUINE.....3	→ 14
	AMODIAQUINE..... 4	→ 14
	QUININE.....5	→ 14
	AUTRE _____ 6 (préciser)	→ 14
	AUTRES MÉDICAMENTS :	
	ASPIRINE.....7	} → 14
	ACETAMINOPHEN/ PARACETAMOL.....8	
	IBUPROFEN.....9	
	AUTRE _____ 10 (préciser)	
	Ne sait pas11	

QUESTIONNAIRE POUR ADULTE AGE DE PLUS DE 15 ANS

5	Quelle est votre occupation principale ?	Agriculteur.....1	
		Eleveur.....2	
		Pecheur.....3	
		Ouvrier4	
		Commerçant(e).....5	
		Fonctionnaire.....6	
		Ménagère.....7	
		Autre _____ 88 (préciser)	
13	Peut-on éviter d'attraper la schistosomose ?	Oui.....1	

		Non.....2	→14
		Ne sait pas3	→14
13b	Comment avez-vous été informée de ce cette (ces) mesure(s) de prévention ?	Par la radio1 Par la télévision2 Structure de santé3 En causerie5 Autre à préciser99	