

Sommaire

Introduction.....	8
Première partie : Cadre théorique et approche méthodologique de la recherche.....	11
Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche.....	12
Chapitre 2: Approche méthodologique de la recherche.....	33
Deuxième partie : Du choix des relais communautaires à leur investissement dans les étapes du projet.....	46
Chapitre 3 : Choix et formation des relais communautaires.....	47
Chapitre 4 : Participation sociale des relais communautaires et stratégies de maintien des participantes.....	65
Conclusion.....	84
Références bibliographiques.....	87
Annexes.....	97

Dédicace

A ma chère épouse Dossi et à ma fille
Ahouéfa

Remerciements

Mon ambition de faire des études de troisième cycle remonte à mes premières années du secondaire. Je n'y croyais pas car bien de situations auraient pu l'éteindre. Mais aujourd'hui elle est bien une réalité, et je la dois à des personnes et à des institutions que je voudrais vivement remercier.

Entre 2013 et 2015, le Centre d'Etude et de Recherche sur le Paludisme Associé à la Grossesse et à l'Enfance (CERPAGE) de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) en collaboration avec l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) a mené une recherche sur le développement d'un vaccin contre le paludisme gestationnel au Bénin. Le protocole de cette recherche a prévu un volet anthropologique conduit par le Laboratoire d'Anthropologie Médicale Appliquée (LAMA) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC). J'ai eu l'opportunité d'effectuer un stage de dix mois durant le déroulement de ce programme. Ce mémoire de DEA est un résultat concret de l'issue du programme.

Je voudrais à cet effet dire un sincère merci :

A FSS/CERPAGE/IRD qui a financé cette recherche ;

Au Directeur du LAMA, Dr Adolphe Codjo Kpatchavi qui m'a soutenu et qui m'a fait confiance avec patience et encouragement ; ce mémoire est le fruit de votre encadrement scientifique très remarquable ;

Au Directeur de l'Institut des Sciences Biomédicales Appliquées (ISBA), Anatole Lalèyè pour vos conseils et votre soutien moral ;

A Dr Pierre Codjo Méliho, mon aîné auprès de notre maître commun, qui m'a soutenu durant tout le cursus ;

Aux collègues du LAMA : Odile Kouglénou, Atsou Afanyizoun, Elsa Dansou, Vanessa Wongolo Kouayep, pour leur appui lors de la collecte de données ;

A mon épouse et à mes chers parents pour leur soutien moral et matériel.

Sigles et acronymes

ASC : Agent de santé communautaire

ASF : Agent de santé familiale

CERPAGE : Centre d'étude et de recherche sur le paludisme associé à la grossesse et à l'enfance

FSS : Faculté de sciences de la santé

IRD : Institut de recherche pour le développement

ISBA : Institut des sciences biomédicales appliquées

INSAE : Institut national de statistique et de l'analyse économique

LAMA : Laboratoire d'anthropologie médicale appliquée

TPI : Traitement préventif intermittent

UAC : Université d'Abomey-Calavi

DEA : Diplôme d'étude approfondie

MTC : Modèle à trois composantes

PACOME : Cotrimoxazole au traitement préventif intermittent par Méfloquine

SBC : Services à base communautaire

STOPPAM : Strategies to prevent pregnancy associated malaria

MiPPAD : Malaria in pregnancy preventive alternative drugs

PLACMALVAC : Placental malaria vaccine

Résumé

Ce mémoire décrit et analyse le contexte et la démarche du choix des relais communautaires comme interfaces par les membres d'une équipe de recherche dans un essai clinique dans le cadre du développement d'un vaccin sur le paludisme placentaire chez les femmes enceintes à Sô-Ava au Sud-Bénin.

Il s'agit d'une enquête rétrospective réalisée à partir d'une approche anthropologique conciliant les contributions théoriques et une phase empirique de collecte de données. La collecte a été faite par entretiens individuels auprès de vingt (20) relais communautaires. Elle est couplée avec des observations effectuées lors des visites à domicile et lors des prélèvements sanguins. L'analyse des données repose sur la méthode de triangulation et de recoupement. Compte tenu du caractère rétrospectif de l'enquête et le rôle des relais, l'approche « socio-histoire » et la théorie de communication de Lasswell ont été mobilisées pour expliquer les faits.

Les résultats montrent que l'identification des relais a été faite en collaboration avec le personnel de santé en poste sur le terrain et les autorités locales. Les critères de choix étaient basés sur le niveau d'instruction, la résidence dans le milieu, la disponibilité, l'expérience passée dans le domaine de la santé. Les relais identifiés ont été formés sur leurs rôles dans le projet à savoir : sensibiliser les communautés, notamment les femmes en âge de procréer pouvant être incluses dans l'étude, participer à l'inclusion de ces dernières, faire conjointement leur suivi avec l'équipe de recherche. Il s'agit pour ces relais de jouer les rôles de mobilisation, de facilitation, de dialogue entre les participantes, leur environnement social et l'équipe de recherche et d'être d'intermédiaires traducteurs pour les chercheurs. La sensibilité du sujet, des cibles et des objets de la recherche (grossesse, sang, enfants, placenta, etc.), la complexité de la démarche, la spécificité du contexte (milieu lacustre culturellement introverti) ont permis de mettre en évidence les difficultés des relais à assumer leurs rôles d'interface dans une activité de recherche expérimentale en milieu communautaire contrairement aux tâches classiques qui leur sont dévolues dans les interventions de promotion de la santé. Au regard des résultats, il ressort qu'impliquer les relais communautaires dans un essai clinique suppose des conditions spécifiques tenant compte de leur profil sociologique, des caractéristiques socioculturels des contextes, du dialogue permanent entre ces derniers et les équipes de recherche.

Mots clés : relais communautaire, Sô-Ava, expérimentation clinique

Abstract

This paper describes and analyzes the context and the process of selection of community relay interfaces as members of a research team in a clinical trial as part of the development of a vaccine on placental malaria in pregnant women in so- Ava in southern Benin.

It is made from an anthropological approach between theoretical contributions and empirical phase of data collection. The collection was made by individual interviews with twenty (20) community relays. It is coupled with observations during home visits and in blood samples. The analytical method is based on the triangulation and cross-checking. Given the retrospective nature of the investigation, the " social history" approach was mobilized to explain the facts.

The results show that the identification of the relay was done in collaboration with the job in health field staff and local authorities. The criteria of choice were based on the level of education, residence in the middle, availability, past experience in the field of health. Once identified, the relays were trained on the roles they should play : sensitize communities, especially women of childbearing age can be included in the study, participate in the inclusion of the latter, make them jointly monitoring with the research team. It is for these relays to play the roles mobilization, facilitation of dialogue between the participants, their social environment and the research team and to be intermediaries translators for researchers. The sensitivity of the subject, targets and objects of research (pregnancy, blood, children, placenta, etc.), the complexity of the process, the specific context (culturally introverted lacustrine) helped to highlight the difficulties relay interface to assume their roles in an experimental research activity in the community unlike traditional tasks assigned to them in health promotion interventions. Considering the results, it is clear that involving community volunteers in a clinical trial requires specific conditions into account their sociological profile, socio-cultural characteristics of the contexts of the ongoing dialogue between them and the research teams.

Tags : Community relays, Sô-Ava, clinical experimentation

Introduction

L'histoire de la recherche clinique est ancienne mais son apparition en Afrique est récente. Elle remonte aux années 1990 du fait de « *l'urgence que suscite la pandémie du VIH/SIDA* » (Munday et al., 2006 : 131). Aussi, les multiples formes de virus découverts chez nombre de patients entre 1980 et 1990 et l'absence de traitement adéquat en sont constitutives. Entre 1997 à 2003 « *les recherches cliniques ont été pour nombre de patients la seule opportunité pour obtenir un traitement* » (Coudercs, 2011 : 2). Au cours de cette période, l'Afrique et l'Asie ont vu s'accroître sur leurs territoires respectifs, des sites de recherche biomédicale. En conséquence, un nombre de plus en plus grand d'essais cliniques effectués sur des Hommes « *représentent le standard optimal de l'évaluation thérapeutique et tendent à se diffuser dans les pays en développement* » (Coudercs, 2011 : 2). Depuis son émergence en Afrique dans les années 1990, la recherche clinique suscite des interrogations éthiques, économiques, sociales et politiques. Dans cet ordre d'idées,

« [...] les populations africaines s'interrogent non seulement sur la validité des pratiques et recommandations éthiques occidentales, mais également sur l'approche épistémologique de l'expérimentation. Elles exigent que la recherche clinique soit plutôt pragmatique, c'est-à-dire adaptée à l'expérience et au contexte, et intégrée à l'offre de soins, ce qui n'est pas sans poser des problèmes sociaux ou politiques » (Chippaux, 2004 : 10).

Dans les pays en développement, surtout en Afrique, les femmes et les enfants croupissent sous le poids des maladies à vecteur tels que le paludisme¹. Cette situation est en croissance du fait de la faiblesse du système de santé et des choix des politiques sanitaires opérés par les dirigeants africains pour lutter contre la maladie. En réalité,

« le système de santé est fondé sur des principes de politiques sanitaires communautaires privilégiant, théoriquement, la prévention ou la prophylaxie qui conduisent à utiliser le vaccin ou le médicament selon les modalités particulières, comme, la distribution communautaire avec une surveillance minimale » (Chippaux, 2004 : 28).

Il est admis que le paludisme constitue un obstacle au développement et représente un véritable défi pour la recherche (IRD, 2009). Pour y faire face, différentes stratégies ont été développées. Elles s'inscrivent dans la démarche de « *prévention du paludisme dans une approche d'accès universel à travers la lutte anti vectorielle intégrée et le traitement préventif intermittent chez*

¹ Des recherches menées par l'Institut de Recherche et de développement (IRD) en 2009 révèlent que l'Afrique de l'Ouest est confrontée aux maladies à vecteurs, au premier rang desquelles le paludisme. Cette maladie, parmi les plus meurtrières de la planète (plus d'un million de décès par an), menace un tiers de l'humanité, essentiellement dans les régions tropicales.

la femme enceinte » (Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2011-2015). Au nombre des stratégies préventives, l'accent est mis sur :

- l'accès universel aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MIILD). La mise à l'échelle nationale des MIILD se fait grâce à des campagnes nationales de distribution gratuite des MIILD aux ménages à trois ans d'intervalle ;
- l'accès ciblé aux MIILD. La distribution de routine de MIILD lors des consultations prénatales et pendant les séances de vaccination ;
- l'accès universel des maisons à la pulvérisation intra-domiciliaire (PID). La PID est une intervention complémentaire à l'utilisation des MIILD dans certaines zones sélectionnées sur des principes entomologiques et épidémiologiques ;
- la mise en œuvre d'autres interventions de lutte anti-vectorielle complémentaires à la MIILD et la PID. Il s'agit de l'utilisation des biolarvicides dans les gîtes de moustiques dans des zones pilotes.

Au nombre des stratégies de traitement, les interventions concernent :

- l'accès universel au Traitement préventif intermittent. Le Bénin a adopté la politique du TPI avec l'utilisation de la Sulfadoxine-Pyriméthamine (SP) depuis 2003. Toutes les femmes enceintes éligibles bénéficient de deux doses lors des consultations prénatales aussi bien dans le secteur public que privé ;
- l'accès universel au traitement du paludisme simple par les CTA. Les traitements à base d'Artémisinine et ses dérivés -les ACT (Artémisinin-based Combinaison Therapy, c'est à dire les Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artémisinine- sont utilisés depuis 2004.

Les recherches menées en Afrique depuis quelques années tentent de développer un vaccin en complément à ces différentes stratégies. Mais les Etats disposent de peu de ressources pour investir dans la recherche clinique. Ce qui a favorisé la « délocalisation de l'expérimentation » (Chippaux, 2004). De plus en plus, le recours à des modes de diagnostic plus sophistiqués et à des essais immunologiques sur les femmes enceintes en vue de développer un vaccin s'impose.

Au Bénin, depuis 2007, plusieurs essais et études de cohortes sont organisés dans différents sites du Sud-Bénin (Massougbodji, 2015). Il s'agit entre autres de :

- l'essai de TPI méfloquine vs sulfadoxine-pyriméthamine à Ouidah ;

- l'étude de l'impact des infections palustres submicroscopiques sur l'anémie maternelle, les naissances prématurées et les faibles poids de naissance des nouveau-nés. Elle a été réalisée entre 2008 et 2011 auprès de 1037 femmes enceintes du sud-ouest du Bénin (villages de Comé, Ouédeme-Pedah et Akodeha). Cette étude a été conduite dans le cadre des programmes Strategies to prevent pregnancy associated malaria STOPPAM (cf. Actualités Scientifiques IRD, 2015) ;
- « Malaria in Pregnancy Preventive Alternative drugs » MiPPAD, un essai clinique multicentrique de prévention du paludisme dont l'objectif est de comparer l'efficacité et l'innocuité de la méfloquine utilisée en traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIp) par rapport au TPIp à la sulfadoxine-pyriméthamine. Il a été mené entre 2010 et 2013 au Bénin (IRD Bénin-Rapport d'activité, 2013 : 17) ;
- l'essai Prophylaxie par Cotrimoxazole au traitement préventif intermittent par Méfloquine (PACOME) ayant pour objectif d'évaluer l'efficacité du TPIp par méfloquine (3 doses) en prévention du paludisme chez la femme enceinte séropositive, en le comparant à la prophylaxie quotidienne par cotrimoxazole. Il s'agit de l'essai randomisé réalisé entre 2009 et 2011 et mené dans cinq centres Béninois à Cotonou et à Porto-Novo (IRD Bénin-Rapport d'activité, 2013 : 18)
- le suivi de cohortes d'enfants à Tori-Bossito et à Allada (TOLIMMUNPAL et TOVI).

Depuis 2013, le CERPAGE étudie la faisabilité d'un essai vaccinal contre le paludisme dans la Commune de Sô-Ava à travers le projet PlacMalVac. A cet effet, un stage de fin de formation d'une durée de dix mois (mars à décembre 2015) a été accordé à des étudiants.

Les résultats présentés dans ce mémoire sont issus de ce stage. Principalement, il s'agit d'une enquête ethnographique sur la démarche de l'équipe ayant mené l'expérimentation. L'objet de l'enquête porte sur les stratégies mobilisées par l'équipe de recherche pour faire face aux barrières linguistiques et autres difficultés par l'implication des relais communautaires dans les activités d'identification et de suivi des participantes. Le sujet est intitulé « *Impliquer les "relais communautaires" dans un essai clinique : exemple du développement d'un vaccin sur le paludisme placentaire chez les femmes enceintes à Sô-Ava (Sud-Bénin)* ».

Le présent mémoire qui restitue les résultats empiriques obtenus est structuré en deux parties. La première présente le cadre théorique et méthodologique de la recherche. La seconde décrit et analyse les stratégies développées par les relais communautaires pour faire face aux enjeux de l'étude.

Première partie : Cadre théorique et approche méthodologique de la recherche

Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche

*« Il y a des hommes n'ayant pour mission parmi les autres que de servir d'intermédiaires ; on les franchit comme des ponts, et l'on va plus loin »
(Gustave Flaubert cité par Salvetat et Géraudel, 2011 : 67)*

Dans ce chapitre, il est présenté un aperçu de l'évolution des concepts relatifs au rôle d'interface ou d'intermédiation des acteurs locaux sollicités pour servir d'interlocuteur entre des intervenants extérieurs (développeurs, ONG, chercheurs, etc.) et les populations. L'attention est portée notamment, sur les travaux en anthropologie ou en sociologie qui se sont intéressés à ces catégories d'acteurs, que ce soit dans le domaine du développement ou en santé. Ils ont permis de construire la problématique de la recherche et les autres sections du chapitre.

1.1 Problématique : « Relais communautaire » et médiation dans une intervention

Le concept « *relais* » est apparu dans la littérature sociologique au cours des années 50 aux Etats-Unis notamment, sous la plume de Lazarsfeld qui, dans ses travaux consacrés à la sociologie électorale, l'a couplé avec le mot « *opinion* » d'où le concept « *relais d'opinion* » (Lazarsfeld, 1944). Ce concept tire sa source de l'expression anglaise « *opinion leadership* » qui lui, a émergé des suites des travaux sur la théorie de la communication à double étage "*two-step flow theory*", ou "*two-step flow of communication*" (Lazarsfeld et Katz, 1955). Il a servi pendant longtemps de modèle à l'explication des effets des médias sur les individus, de l'influence des cercles « *intimes* » des individus sur leurs comportements électoraux. Il permet de mettre en exergue l'importance des interactions sociales dans la construction des opinions.

En Angleterre, l'usage du concept « *relais* » dans la littérature par Esman et Uphoff (1984), est lié aux travaux en anthropologie du développement. Cette appellation correspond à ceux que Olivier de Sardan (1995) appelle « *figures spécifiques de médiateurs* », intervenant dans différents domaines (projets de développement, recherche, santé, etc.). Ces figures émergent, évoluent et changent de nom selon l'époque et le contexte. Au Québec, ce terme a été aussi employé par Couillard et Côté, puis repris par Couillard (1995) dans son étude anthropologique sur les trajectoires identitaires des féministes. Il a été utilisé pour mettre en valeur le rôle d'interface des « *systèmes d'experts* » que constituent les « *relais-femme* » dans la production de savoirs.

En effet, les travaux d'Esman et Uphoff ont relevé qu'« *au sein des dispositifs de développement, on constate une surestimation des fonctions intégratrices et communautaires des « organisations paysannes », suscitées ou courtisées comme interlocuteurs, relais ou*

intermédiaires [...] » (cité par Olivier de Sardan, 1995 : 82). Dans ce contexte, les termes "relais", "interlocuteurs" ou "intermédiaires" s'emploient comme des synonymes. Ce sont des noms par lesquels on désigne certains acteurs locaux dans le domaine des interventions. Ces acteurs correspondent historiquement aux « *interlocuteurs collectifs* » (Olivier de Sardan, 1995), qui ont existé pendant la période de l'administration coloniale. Mais ces catégories d'acteurs et leur pratique « réelle » dans les dispositifs de développement sont restées longtemps non explorés.

Dans le souci de rendre explicites les mécanismes par lesquels ces acteurs prennent corps dans les dispositifs de développement, les concepts de « *médiation* » et de « *courtage* » ont suscité l'intérêt chez les anthropologues. Les investigations ont révélé que « *les interactions entre la configuration développementiste et les populations africaines ne s'effectuent pas dans une sorte de face-à-face théâtral et global. Elles se font par diverticules, relais, réseaux, passerelles, capillarités, interfaces* » (Olivier de Sardan, 1995 : 201). Toutes ces appellations ou expressions mobilisées appartiennent probablement au même champ lexical, mais elles ne recouvrent pas les mêmes significations et les personnes qu'elles désignent ont des pratiques différentes selon les contextes.

Dans le cadre de l'opérationnalisation du développement, ces expressions traduisent deux réalités et renvoient à deux types de médiateurs que sont les "*agents de développement de terrain*"² et les "*courtiers*"³. D'après Olivier de Sardan (1995 : 202), les agents de développement de terrain constituent l'interface incontournable entre un « projet » et ses « destinataires ». Les courtiers quant à eux sont composés de catégories des groupes localisés ou appelés "*passseurs*" (Bako-Arifari, 2001), des "*go-between*", des médiateurs, qui jouent évidemment un rôle stratégique dans les dispositifs d'intermédiation. Ces deux catégories d'intermédiaires servent de « *courroie de transmission* » entre les projets et les destinataires.

² Le nom de ces agents de développement varie selon leurs domaines d'intervention et leurs compétences (et parfois aussi selon les modes, ou les doctrines) : agents de santé primaire, infirmiers, sages-femmes, en ce qui concerne le secteur sanitaire ; encadreurs, vulgarisateurs, conseillers agricoles, animateurs ruraux, en ce qui concerne le développement rural à base agricole ; on pourrait évoquer aussi les agents d'alphabétisation, les assistantes sociales, les éducateurs, les agents d'élevage, les auxiliaires vétérinaires... (Olivier de Sardan, 1995 : 202).

³ « [...] le concept de courtier, tel qu'il est employé ici, ne réfère ni à un statut réel, ni à une position institutionnelle officielle ou officieuse, ni à une notion émiqque qui mobiliserait des représentations conscientes chez les intéressés. C'est un concept purement analytique, non partagé par les acteurs [...] qui permet d'opérer un "pas de côté" et de lire autrement les comportements d'acteurs qui ne peuvent se voir eux-mêmes sous cet angle » (Bierschenk, Chauveau et Olivier de Sardan, 1999 : 15)

Dans le domaine de la santé, l'utilisation des « relais »⁴ remonte à l'époque des stratégies et méthodes d'éradication de la dracunculose (Chippaux, 1994). Il s'agit d'un contexte marqué par des initiatives de valorisation de la participation communautaire dans le système de santé. Pour ce faire, il est complété par le qualificatif « *communautaire* » d'où l'expression « *relais communautaire* » qui est le nom par lequel on désigne certains acteurs. Mais avant, un certain nombre de concepts ont servi à désigner ces acteurs locaux du système de santé. Il s'agit de : « *agents de santé communautaire (ASC)* » au Sénégal (Faye, 2012), au Nigéria et au Rwanda (*agents de santé communautaire ou relais communautaires*), les « *agents communautaires* » au Niger, les « *agents des services à base communautaire* » en Ethiopie. Tous ces acteurs ont été mis en place dans le cadre de la réalisation de l'initiative « Santé pour tous à l'an 2000 », lancée à la conférence d'Alma Ata (1978) qui a consacré les soins de santé primaires (SSP).

Au Bénin, ces expériences ont été marquées par l'utilisation « *d'agents villageois de santé* »⁵ et « *d'agents de santé familiale (ASF)* » en ce qui concerne les stratégies de distribution à base communautaire de contraceptifs. Dans le cadre de l'éradication de la dracunculose ou ver de guinée notamment, ce sont les « *agents villageois* » (Chippaux, 1994) ou « *volontaires villageois* » (Communiqués OMSBEN/31, 1999 ; Public Health Services Centers for Deases Control and Prevention, 2000), qui ont été sollicités. Ils sont chargés des recherches actives afin de dépister et d'endiguer chaque cas. Toutes ces expériences développées dans les pays en développement ont mis l'accent sur le volontariat et le bénévolat favorisant ainsi, l'offre de soins à base communautaire.

Au lendemain de l'Initiative de Bamako (1987), la plupart des pays africains ont entrepris un nombre important de réformes institutionnelles qui ont porté sur la décentralisation du système de santé. Le Président sud-africain Thabo Mbéki dans son soutien à la participation communautaire a favorisé la création d'un corps de « *soignants communautaires ou profanes* » car disait-il, il faut trouver des « *solutions africaines aux problèmes africains* » (De Wet, 2010 :

⁴ « L'éducation pour la santé et la participation communautaire constituent les supports indispensables à toute stratégie d'éradication de la dracunculose. (...) Le message doit être positif et tenir compte de la tradition et des habitudes. (...). La diffusion du message dans la communauté doit utiliser des relais crédibles et s'appuyer sur des personnes dont l'autorité n'est pas contestée ni contestable » (Chippaux, 1994 : 134).

⁵ Il s'agit d'un homme pour les soins curatifs et préventifs et une femme « matrone » pour les accouchements et les soins promotionnels. Voir « L'expérience de Tori-Bossito sur l'Education pour la Santé dans le cadre de la lutte contre la lèpre ; Projet Bénino-Néerlandais ; le Projet de développement sanitaire de Pahou devenu Centre Régional pour le Développement et la Santé (CREDESA) ; Projet Bénino-Suisse ; l'Agence Béninoise de Promotion de la Famille (ABPF) avec la mise en place d'un système de distribution à base communautaire de contraceptifs » (Politique de santé communautaire, 2015 : 11)

96-97)⁶. Au Sénégal, les agents de santé communautaire (ASC) ont été maintenus. Mais il a été décidé de leur confier les soins curatifs primaires et de trouver des alternatives comme le « *relais communautaire* » pour les activités de promotion de la santé -visites à domicile, sensibilisation, mobilisation communautaire- (Faye, 2012 : 134). L'adoption d'une telle approche a relevé que l'esprit de départ des réformes n'a pas été suivi. En conséquence, les relais communautaires sont responsabilisés pour des traitements préventifs intermittents (TPI) et autres soins curatifs simples chez les enfants de moins de cinq ans dans le cadre de la lutte contre le paludisme.

Le Bénin n'est pas resté en marge des réformes⁷. A partir de 2003, la promotion de la santé au niveau communautaire au moyen de l'utilisation des « *relais communautaires (RC)* » a été formalisée. Ils ont eu au niveau communautaire, des paquets d'activités mieux structurés y compris les "*pratiques familiales clés*"⁸. Depuis lors, ils sont souvent sollicités pour la mise en œuvre des projets par des institutions et ONG nationales et internationales ayant pour but l'amélioration de l'accessibilité des soins maternels et infantiles. Différents types de relais ont été testés (relais individu ou relais groupement OBC) entre 2001 et 2010 notamment, dans le cadre du déroulement des paquets d'intervention à haut impact (PIHI). Depuis 2011, les expériences du financement basé sur les résultats les utilisent pour la prise en charge communautaire et pour les références de patients vers les centres de santé.

Les chercheurs, qu'ils soient du domaine médical ; anthropologues, psychologues ou sociologues, ne disposent pas toujours des ressources pour communiquer, pour établir des liens, pour discuter et pour atteindre leurs objectifs sur le terrain. Pour ce faire, ils sollicitent des acteurs de la communauté pour servir d'interface, de guide, d'accompagnant, d'auxiliaire de chercheurs et pour les aider dans leur tâche. Ces acteurs, ce sont ceux que Noray (2002) appelle

⁶ Afin de faciliter la lecture, les termes « soignant communautaire » ou « profane » sont utilisés pour traduire l'appellation générique de *community health worker* ou *community care giver*. Ces soignants communautaires ne sont qu'un groupe parmi les milliers de profanes actifs dans le domaine du « volontariat ». Pour plus de détail en ce qui concerne le « volontariat » en Afrique du Sud post-apartheid, voir De Wet (2004).

⁷ L'adoption de l'Initiative de Bamako en 1988 a introduit des changements dans les approches surtout, dans le système de santé. On peut citer à ce titre, les expériences du financement communautaire du CREDESA à Pahou, le PEV/SSP-IB financés à grande échelles par l'UNICEF et la conduite de bien d'autres projets financés par les ONG internationales. Il y a aussi la création en 1994 des zones sanitaires avec la réorganisation de la pyramide sanitaire au détriment du niveau village et quartier de ville. En 2001, dans le cadre de la réduction de la mortalité et de la morbidité infantile, les stratégies de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PECIME clinique et communautaire) ont été approuvées.

⁸ Encore appelées pratiques familiales essentielles, ces pratiques sont : AME, lavage des mains, suivi du calendrier vaccinal des enfants et de femmes enceintes etc. (Directives nationales de promotion de la santé communautaire, 2010 : 20)

« *agents intermédiaires de recherche* »⁹ dans le cadre des recherches liées aux projets de développement. Ils occupent une position sociale et des rôles très importants dans les différentes phases de projets de recherche leur sont confiés. Mais les recherches scientifiques se sont peu intéressées à cette catégorie d'acteurs. Ce constat est le même dans le domaine des recherches biomédicales. Les travaux allant dans ce sens se sont beaucoup plus intéressés à l'implication et à l'engagement des communautés dans les essais cliniques.

En effet, toute recherche implique des sujets ou des participants mais les niveaux d'implication diffèrent selon les types de recherche. Pour rendre explicite le rapport des acteurs communautaires avec les équipes de recherche notamment, dans le domaine biomédical, Marsh et *al.*, (2008) ont mis l'accent sur le concept « *engagement communautaire* ». Dans la même veine, Quinn (2004) s'est intéressé à plusieurs formes et degrés d'implication¹⁰ des communautés mettant ainsi en exergue la notion de « *représentant de la communauté* ». Ces acteurs, ce sont des groupes organisés jouant le rôle d'interface entre équipes de recherche et communautés bénéficiaires comme les Community Advisory Board (CAB)¹¹ ou "*conseils communautaires*" (Morin et *al.*, 2008 ; Marsh, 2008 ; Couderc, 2012) qui ont émergé aux Etats Unis d'Amérique à la fin des années 1990. Ils ont été mis en place pour contrôler le processus d'implication des communautés dans des essais de traitement contre le VIH. Ces dispositifs permettent d'établir un partenariat entre chercheurs, communautés locales et participants. Ils promeuvent un débat entre différents acteurs en ce qui concerne les recherches socialement sensibles (Morin et *al.*, 2008).

Ces "*conseils communautaires*" ont été mis en place au Sénégal et dans certains pays d'Afrique. En revanche, au Burkina-Faso, ce sont des associations de lutte contre le VIH (KASABATI, AAS, RAME) qui sont présentes dans le dispositif de recherche et interviennent comme « *témoins* ». Au Sénégal, le déroulement de l'essai 2LADY par exemple, a nécessité en plus

⁹ Selon l'auteur, l'agent intermédiaire de recherche désigne « un agent (souvent un enquêteur, un technicien) travaillant pour un ou plusieurs projets. Il se place entre les *personnes-ressources* (détentrices d'information) et l'institution de recherche, commanditaire et demandeuse d'information. (...) les intermédiaires de la recherche sont individuellement désignés par la tâche qu'ils accomplissent : enquêteur, interprète. (Noray, 2002 : 131-132)

¹⁰ Parmi ces formes et degrés d'implication, on a « l'instauration d'un dialogue entre les membres de la communauté et les chercheurs, la diffusion d'information sur les implications éthiques de la recherche par un représentant de la communauté, (...) » (Quin, 2004 : 220).

¹¹ Marshall décrit CAB comme un exemple d'une stratégie « pour sauvegarder les intérêts des populations locales, à travers la mise en place d'une base solide qui prend en charge une relation basée sur la confiance et l'engagement avec les membres de la communauté (p. 243) (Marshall & Rotimi 2001) » (Cité par Marsh, 2008 : 723).

des "conseils communautaires", la mise en place des "médiateurs associatifs"¹² (Couderc, 2012 : 345). Ces dispositifs répondent à la question de l'éthique de la recherche. Quel que soit l'angle sous lequel le terme « relais » est analysé, les arguments convergent vers le rôle d'interface des acteurs sociaux au niveau local ou des groupes d'acteurs entre deux entités.

Au Bénin, l'option faite lors du développement du vaccin contre le paludisme chez la femme enceinte à Sô-Ava a été différente de celle des autres pays. Ce sont des relais communautaires qui ont été utilisés pour jouer le rôle d'interface ou d'intermédiaire entre les chercheurs et la communauté notamment, dans l'identification et le maintien des participantes. Mais, cette présence des relais communautaires, en tant que partie intégrante de la communauté, n'a pas empêché certaines femmes adhérentes du projet de manifester par la suite un sentiment de rejet pour des raisons inconnues. Il a été observé à cet effet, des incompréhensions conduisant à une sortie massive des femmes du projet. Face à ce constat, il importe de s'interroger sur la pertinence du choix des relais communautaires comme intermédiaire et leur influence probable sur l'adhésion des femmes au projet. La préoccupation essentielle abordée ici porte sur les conditions de choix de ces relais. Autrement, la démarche de choix, le processus d'intégration des relais communautaires à l'équipe et les modalités de leur implication nécessitent d'être élucidés. Ils sont abordés à travers les questions ci-après : qui sont les relais communautaires ? Comment ont-ils été choisis ? Quelles formations ont-ils reçu sur le projet ? Quel est leur rôle ou leur niveau d'implication dans le projet ? Comment aident-ils l'équipe à maintenir des participantes dans le projet ?

La réflexion menée dans ce document tient à approfondir ces différents questionnements en vue de mieux documenter le profil et la légitimité des personnes enrôlées dans ce rôle d'interface en rapport avec les attentes de base de l'équipe du projet. Elle est portée par la question fondamentale ci-après : « *quelle est l'influence des relais communautaires sur l'adhésion ou l'abandon des femmes au programme PlacMalVac ?* ». Autrement dit, y-a-t-il un lien entre le choix des relais communautaires et l'adhésion ou l'abandon des femmes enceintes participantes au projet ? Cette question fondamentale est soutenue par le fait que les nombreux refus du projet ont été observés dans les localités où les relais communautaires sont le plus représentés à savoir Ganvié 1 et Ganvié 2.

¹² Ces médiateurs associatifs ont pour rôle d'être à l'interface entre les patients/participants et les médecins/chercheurs, d'accompagner les patients de l'étude... (Couderc, 2012 : 345).

En vue de répondre à la question issue de la construction de l'objet de recherche, des réponses provisoires sous forme d'hypothèses ont été formulées. Elles sont présentées dans la section ci-dessous.

1.2 Hypothèse

Les hypothèses de recherche sont au nombre de trois à savoir :

H1 : les relais communautaires sont identifiés et choisis à partir de critères bien définis par l'équipe du projet ;

H2 : la formation des relais communautaires pendant le projet explique leur capacité de maintien ou non des femmes enceintes ;

H3 : le maintien des participantes est fonction des stratégies des relais communautaires.

Pour opérationnaliser ces hypothèses, deux catégories d'objectifs (objectifs général et objectifs spécifiques) ont été exprimées. Ces objectifs sont déclinés ci-dessous.

1.3 Objectifs

1.3.1 Objectif général

Analyser la démarche d'identification et de choix des relais communautaires, le processus de leur formation, leur participation sociale et les stratégies développées par ces derniers en vue du maintien des participantes.

1.3.2 Objectifs spécifiques

O1 : décrire la démarche d'identification et les critères de choix des relais communautaires.

O2 : expliquer le processus de formation des relais communautaires dans le projet.

O3 : identifier les stratégies développées par les relais communautaires pour le maintien des participantes

Toute recherche s'inscrit dans un champ disciplinaire donné. Selon l'avancement des connaissances sur le sujet étudié, plusieurs explications des phénomènes ou des situations observées s'appuient sur un certain cadre de référence théorique. Dans le cadre de cette enquête, l'interprétation des résultats s'appuie sur l'approche socio-histoire et la théorie de communication de Lasswell.

1.4 Cadre de référence théorique

On entend par cadre de référence ou cadre de recherche, une « *explication simple fondée sur une proposition théorique ou des écrits empiriques concernant la façon dont les concepts de l'étude sont agencés ou reliés entre eux, et la raison pour laquelle ils le sont* » (Fortin et Gagnon, 2010 : 174). Il s'agit donc des fondements théoriques ou conceptuels sur lesquels s'appuie la recherche. La notion de « théorie » renvoie à l'« *explication abstraite des relations qui unit des faits, des concepts et des propositions* » (Fortin et Gagnon, 2010 : 43). Ainsi, l'explication qui est donnée du choix des relais communautaires, leur formation et les stratégies développées par ces derniers, notamment, dans le cadre de leur participation sociale, pour faire face aux enjeux de l'étude, s'appuie principalement sur des faits liés à leur passé d'où la référence à l'approche socio-histoire de Noiriél (2006). De même, l'action des relais communautaires se déroule dans un cadre précis où les stratégies¹³ développées par ces derniers concourent à assurer une bonne communication à l'endroit des populations bénéficiaires du projet. Pour ce faire, le modèle de communication de Lasswell (1948) est mobilisé. Ces approches et les éléments qu'elles permettent d'analyser sont présentés ci-dessous.

1.4.1 L'approche socio-histoire

La « socio-histoire » (Noiriél, 2006 ; Buton et Mariot, 2009) ou « ethnographie historique » (Laferté, 2006), est une approche historique apparue dans les années 1990 avec une méthodologie propre à savoir : « *l'étude du passé dans le présent et l'analyse des relations à distance qui lient entre eux un nombre sans cesse croissant d'individus* » (Noiriél, 2008). Considérée comme une approche « d'ethnographie historique » issue de la combinaison de la socio-histoire et de l'ethnographie sociologique, elle consiste à « *regard[er] le passé d'abord par l'interconnaissance, l'interaction, la multiappartenance [et ne] retrouvant qu'en fin de parcours les institutions* » (Laferté, 2009 : 63). L'application de cette approche permet de reconstituer l'origine des relais communautaires, leur trajectoire individuelle multiple, qui n'est que la résultante des processus de socialisation dans les projets. Il convient de préciser que

« L'intervenante sociale qui produit ses actes se pose du coup en tant que sujet sociohistorique. L'ensemble des actes posés, des conditions nécessaires à leur réalisation et des effets qu'ils ont

¹³ Il s'agit d'un concept qui peut être saisi de différentes manières mais il importe de le concevoir sous l'angle abordé par Bourdieu. Cet auteur précise : « En rupture avec l'usage dominant de la notion, qui considère les stratégies comme des visées conscientes et à long terme d'un agent individuel, j'employais ce concept pour désigner les ensembles d'actions ordonnées en vue d'objectifs à plus ou moins long terme et non nécessairement posés comme tels qui sont produits par les membres d'un collectif. »

eus représente ce qu'il est convenu d'appeler une pratique sociale. Le récit de pratique se distingue ainsi du récit de vie » (Jouthe et Desmarais, 1993 : 133).

En effet, l'histoire des relais communautaires est liée à celle des politiques de santé communautaire mise en place par les Etats africains au lendemain de la conférence d'Alma Ata (1978) en vue de l'amélioration de l'accès aux soins des populations. Dans ce cadre, les acteurs utilisés étaient les Community Health Worker ou agents de santé communautaires voire même volontaires et bénévoles selon les contextes. D'après Walker (2013), les programmes d'agents de santé communautaires constituent la "*pièce maîtresse*" de l'initiative « Santé pour tous à l'an 2000 » à l'ordre du jour tout au long des années 1970 et 1980.

Au Bénin précisément, l'appellation relais communautaire a été formalisé en 2003 notamment, dans le cadre de la promotion de la santé. En prélude à cette formalisation, plusieurs politiques dans le domaine de la santé les ont utilisés. Ainsi, l'utilisation de ces acteurs s'est accentuée au cours de la période 1978-1987. La décennie 1988-1998 a été marquée par l'utilisation des agents villageois de santé avec un paquet minimum d'activités curatives, préventives et promotionnelles. De 2001-2010, les expériences de prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PECIME) clinique et communautaire ont été mise en place. La mise en œuvre de ces expériences a nécessité l'utilisation des relais communautaires à partir de 2003 avec des paquets mieux structurés y compris les pratiques familiales clés dans le cadre des Services à base communautaire (SBC). Plusieurs relais ont été testés (relais individus ou relais groupements OBC). De 2009 à 2010, les relais ont été commis à la prise en charge communautaire des enfants notamment, dans le cadre du paquet d'intervention à haut impact (PIHI) dans son volet communautaire. De 2011 à ce jour, ils sont mobilisés autour du financement basé sur les résultats (FBR) volet communautaire initié par la Banque Mondiale. À partir de 2012, l'approche de financement basé sur la performance (FBP) les sollicite pour les interventions au niveau communautaire. Dans le cadre des recherches cliniques, les relais communautaires sont également sollicités pour conduire les équipes de recherche sur le terrain et pour aider celle-ci à communiquer.

En effet, les réformes institutionnelles et les différents processus qui structurent et organisent la mise en œuvre des projets et programmes de santé au niveau communautaire permettent de rendre les relais très actifs. De par leur ancrage au niveau communautaire, ces derniers accumulent un capital d'expériences qu'ils réinvestissent dans le cadre d'autres projets. Aussi, ceux qui parmi eux sont très actifs, se construisent une personnalité, une assise sociale, ce qui les rend parfois incontournables dans le cadre des enquêtes de terrain. Et puisque ce sont les

mêmes relais qui sont souvent utilisés dans les projets, leur trajectoire leur confère des profils multiples, des capacités à organiser et à gérer de petits conflits, des malentendus sur le terrain. Fort de ce constat, il importe de tenir compte de certaines variables telles que l'histoire sociale, les savoirs et savoir-faire accumulés au cours des différentes socialisations dans les projets, leurs représentations sociales et leurs expériences antérieures. Ces variables pourraient influencer positivement ou négativement une intervention ou une action au sein d'une communauté donnée.

La prise en compte des facteurs individuels et sociaux dans l'analyse permet de comprendre les stratégies développées par les relais en interaction pour maintenir les participantes dans le projet et pour entretenir l'équilibre des relations. Ces acteurs constituent de nos jours un réservoir de pratiques et de ressources très importantes pour le développement du secteur de la santé. Il faut entendre ici que les ressources peuvent prendre la forme de savoirs, d'une expertise, d'un statut, d'une légitimité, qui sont liés aux perceptions des différents acteurs.

La deuxième approche d'analyse est le modèle de communication de Lasswell. Elle permet d'analyser les stratégies de communication que les relais, non spécialistes, développent pour aider l'équipe à faire passer les messages liés au projet.

1.4.2 Modèle de communication d'Harold Lasswell

Dans le domaine des communications, la notion de modèle au même titre celle de schéma d'étude¹⁴ est fondamentale. L'insistance est faite sur la notion de modèle. Selon Buhler (1974), le modèle dépasse le stade de la simple représentation, car il vise la compréhension de l'interaction des diverses et principales fonctions ou composantes.

En effet, le modèle de communication de Lasswell (1948) s'inscrit dans une perspective sociologique et s'intéresse à la communication de masse. Il s'articule autour d'un schéma linéaire qui donne la priorité aux études de l'effet et à ce qui doit en être la cause principale, c'est-à-dire le message. Selon l'auteur, on peut décrire convenablement une action de communication en répondant à cinq questions à savoir : qui parle ? pour dire quoi ? par quel canal ? à qui ? avec quel effet ? A ces cinq questions, Loubet del Bayle (2000 : 126) en ajoute une sixième à savoir : dans quel contexte ? L'intérêt essentiel de ce modèle est qu'il permet de dépasser la simple problématique de la transmission d'un message et d'envisager la communication comme un processus dynamique avec une suite d'étapes ayant chacune leur

¹⁴ Dans les schémas d'étude, les chercheurs visualisent les éléments qu'ils sont arrivés à abstraire : ils isolent les fonctions définissables et les relient par de simples lignes (Biihler, 1974 : 32)

importance, leur spécificité et leur problématique. Il met aussi l'accent sur la finalité et les effets de la communication. Ce modèle conçoit la communication comme un processus d'influence et de persuasion. C'est bien ce à quoi a ressemblé le rôle des relais lors des séances d'information et de sensibilisation.

En articulant l'analyse du processus d'information, de sensibilisation et de communication autour des différentes questions de ce modèle, on tente de répondre à un certain nombre de préoccupations déclinées ainsi qu'il suit :

- **Qui parle ?** Ici l'analyse met l'accent sur le profil des relais communautaires, leurs caractéristiques individuelles, leur interprétation du projet, voire leur auto-perception en ce qui concerne leurs différentes activités sur le projet et les ressources dont ils disposent pour communiquer autour du projet. En substance un accent particulier sera porté sur leur parcours, voire leur trajectoire en tant que relais communautaires.
- **Pour dire quoi ?** Cette question se rapporte au message, à l'analyse de son contenu. Ce deuxième niveau de la théorie de Lasswell donne la possibilité au chercheur d'apprécier le niveau d'appropriation par les relais communautaires, des concepts utilisés sur le projet, la traduction qu'ils en font en langue locale et comment leurs manières d'informer et de communiquer, influencent l'adhésion ou le refus des participantes. Elle permet d'apprécier également les ressources dont disposent les relais communautaires pour communiquer sur des objets culturellement sensibles tels que : placenta, sang, grossesse, cordon ombilical qui sont utilisés par l'équipe de recherche.
- **Par quel canal/moyen ?** L'analyse à ce niveau porte sur la façon dont les informations, les messages sur le projet sont présentés. Elle met également en valeur les langues mobilisées lors des séances de communication, le mode transmission de l'information (supports visuels, matériels et outils, communication orale), utilisés par les différents acteurs notamment, les relais pour faire passer leurs messages et convaincre les populations. Cette approche permettra de relever les distorsions possibles liées à l'information et même les activités autour du projet.
- **A qui ?** Ici l'analyse vise l'audience, les publics concernés tout en considérant certaines variables telles que : âge, sexe, situation matrimoniale, niveau d'instruction etc. Les cibles visées par l'information sont principalement les femmes nulligestes de 18 à 30 ans, désireuses de participer à l'étude. Mais l'information est d'abord portée à l'endroit de toute la population. Alors, l'environnement social des participantes (père, mère,

conjoint, beaux-parents, etc.), tous sont concernés par l'information et la sensibilisation. Il est important d'apprécier l'influence de chacun de ces acteurs sur l'adhésion des jeunes filles nulligestes et comment les relais s'adaptent à ces multiples interactions pour maintenir les femmes dans le projet.

- **Avec quel effet ?** La réponse à cette question est recherchée dans l'analyse des problèmes d'influence du message sur l'auditoire. L'effet recherché est l'adhésion des femmes nulligestes. Mais l'implication des relais a entraîné plus de refus qui ne sont que la manifestation des difficultés de maintien des participantes. L'analyse met en exergue les facteurs qui sous-tendent ces difficultés. Notamment, la nature des rapports que les relais communautaires ont entretenus avec les participantes, leurs conjoints, leurs parents, les chercheurs et les autres centres de santé impliqués dans le processus de suivi des femmes a été documentée.

Les réponses recherchées à toutes ces questions permettent de mettre en lumière le processus de participation sociale des relais communautaires. Mais à ces cinq questions, il faudra aussi tenir compte du contexte tel que proposé par Loubet del Bayle. La sixième question est :

- **Dans quel contexte ?** L'auteur entend par cette question, l'analyse des circonstances qui entourent l'élaboration de l'action (les événements, le milieu social, etc.). Cette question trouve sa réponse dans l'étude sociologique de de la commune de Sô-Ava. L'accent est mis sur les caractéristiques du milieu d'étude et les conditions socio-culturelles pouvant influencer le déroulement de la recherche.

Les concepts charnières de la préoccupation abordée dans ce mémoire sont définis dans la section ci-dessous.

1.5 Clarification conceptuelle

Le concept fondamental de ce mémoire est « relais communautaire ». Pour comprendre son sens dans le contexte où il est employé, il est important de partir de la définition générique du concept « relais ». Le mot « relais ou relai »¹⁵ vient du verbe relayer. Il désigne « *un système, une organisation ou un réseau qui fait le lien entre deux ou plusieurs agents partageant le même objectif* » (Relais d'opinion, consulté le 04 05 16). Le sens du concept « relais » ne

¹⁵ Il a deux orthographes possibles que sont : relais -orthographe traditionnelle- ou relai -orthographe réformée de 1990- (recommandée au Conseil supérieur de la langue française, consulté le 7 août 2013)

correspond pas toujours à sa définition classique selon les contextes. Il peut être considéré comme une structure, un organisme ou une institution telle que « relais communautaire », régi par des normes et des pratiques propres.

En France, le « **Relais communautaire** » est une structure communautaire du Pôle Petite Enfance de la Communauté d'Agglomération du Val de Fensch. Il est défini comme « *un lieu d'échange, d'écoute, d'information et d'animation au service des parents, des enfants et des assistants maternels* ». Au Québec, il s'agit plutôt d'une institution d'aide humanitaire dont les membres apportent une assistance aux personnes âgées, et autres. C'est aussi un centre chrétien de partage. La dimension communautaire du terme « relais » renvoie à un ensemble de pratiques d'une communauté chrétienne. Le « relais »

« se veut le lieu d'une communauté pratiquant la fraternité chrétienne à travers tous les moments signifiants de la vie : baptême-confirmation, eucharistie, mariage. (...). Il se veut un lieu de recherche et d'expérimentation (...) et de l'expression de la foi (...). C'est pourquoi le **Relais se veut communautaire** comme doit l'être toute assemblée stable de disciples de Jésus » (Relais Montroyal¹⁶, Le Relais, qu'est-ce que c'est ?).

En Afrique, c'est dans le cadre des activités de promotion de la santé que ce terme est apparu. Il s'agit d'une histoire récente. Elle n'a pris corps au Bénin qu'en 2003. Elle tire sa source de l'« *approche dite communautaire* » qui elle, est issue de l'évolution des politiques sociales en Grande Bretagne, selon trois approches : "*filets de recours*", "*Etat providence*" et "*l'approche communautaire*" (Bourque, 1985 : 330-331). Procédant de la remise en question de l'Etat providence, l'approche communautaire peut être considérée comme « *une stratégie d'intervention qui est mise sur le potentiel des individus, des réseaux primaires, des groupes, des ressources communautaires et alternatives ainsi que sur les collectivités en général en ce qui a trait à la solution des problèmes sociaux et de santé* » (Bourque, 1985 : 328). L'action communautaire n'est pas spécifique de la promotion de la santé ; elle s'est d'abord développée dans le champ de l'éducation permanente et de l'action sociale avant d'être proposée dans le champ de la santé. Au plan international plusieurs expériences¹⁷ ont été menées. Mais en

¹⁶ Relais montroyal est un Centre spirituel et culturel chrétien au cœur de Montréal. Les informations fournies dans ce cadre sont consultables sur le site <http://relaismontroyal.org/wp/accueil/nous-contacter/le-relais-qui-est-ce-que-c-est/> consulté le 09 05 16 à 15h17mn

- ¹⁷ États-Unis, années 1960 : mise en place de programmes gouvernementaux de « guerre à la pauvreté » avec l'objectif de participation de la population. Cette médecine communautaire impliquait l'évaluation des besoins de santé et la prestation de soins à des groupes définis de la population. Ce concept a abouti à la création des neighbourhood health centers, considérés alors comme des prototypes d'intervention communautaire.
- Royaume-Uni, 1974 : des conseils communautaires de la santé sont mis en place dans le National Health Service.

Afrique et au Bénin en particulier, elle a commencé avec les expériences de santé communautaire.

Le terme « **relais communautaire** » tel qu'utilisé dans le domaine de la santé, trouverait probablement sa source des expériences menées en Europe dans un sens où le rôle du « relais communautaire » peut être considéré comme une extension du système de soins de santé dans les communautés. Tout comme l'agent de santé communautaire, « *le relais est une personne (un homme ou une femme) choisie par sa communauté, qui accepte de consacrer une partie de son temps aux activités d'intérêt collectif* » (Ruebush, Weller, Klein cité par Faye, 2012). Pour Walker, et *al.* (2013), les

« relais communautaires [sont] membres de la communauté où ils travaillent, choisis et reconnus par la communauté, reconnus par les services de santé, mais n'étant pas considérés comme employés à plein temps du système de santé, bénéficiant ou pas d'une prime de travail, devant réaliser des tâches précises en rapport avec la santé (dépistage, vaccination, traitement en 1ère ligne des maladies de l'enfant..) ».

En réalité, le relais communautaire se distingue habituellement de l'Agent de Santé Communautaire (ASC). Le statut et les caractéristiques des agents de santé communautaires, proposés à la conférence de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Yaoundé en 1986 se présentent comme suit :

« [ils] doivent être des membres de la communauté, choisis par elle, être ses représentants, doivent aussi être supervisés par le système de santé sans faire partie de son organigramme et ont une formation plus courte que les professionnels de la santé [WHO, 1989, p. 6] » (Faye, 2012 : 131).

Autrefois, on distingue le relais communautaire de l'agent de santé communautaire non seulement par son paquet d'activités mais aussi par son statut. Aujourd'hui, il est confondu avec les ASC du fait de son paquet d'activité qui s'est étendu à la dispensation de soins primaires au niveau communautaire. Contrairement aux agents de santé communautaires, les relais communautaires ne sont pas des représentants de la communauté. Ainsi, les personnes qui sont choisies au sein de la communauté comme relais communautaire, ont souvent pour mission, de

-
- Québec, réforme des années 1970 : création de CLSC, centres locaux de service communautaire, associant dans un même lieu des prestations de soins, de prévention et de services sociaux.
 - Belgique, fin des années 1960 : le GERM (groupe d'étude pour la réforme de la médecine) propose d'expérimenter une pratique d'offres de services curatifs et préventifs précurseurs du concept de soins de santé primaires et de santé communautaire : les maisons médicales.
 - Espagne : des réformes de santé proposent une sectorisation d'intervention territoriale (aires de santé), une stratégie de médecins familiale et communautaire (formations, centres de santé communautaire)
 - Algérie : une expérience locale dans la ville d'El Khroub dont l'objectif est la participation citoyenne et la solidarité avec un volet de promotion de la santé

mettre en œuvre des initiatives de promotion de la santé¹⁸ conçues par des experts en santé publique.

A défaut de l'usage du terme « relais communautaires », c'est le concept de « médiateur santé » qui est employé en France. Selon Blanc et Pelosse (2010), lorsqu'on questionne les enjeux d'accès à la santé, la « *médiation sociale* » se présente comme proche de « *médiation santé* ». Toutefois, la définition classique du concept de « *médiation sociale* » ne prend pas en compte ces enjeux. Alors, la « médiation santé » peut être considérée comme

« une interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurée auprès d'un public par une personne de confiance, issue de ce public ou proche de lui, compétente et formée à cette fonction d'information, d'orientation et d'accompagnement. Le médiateur santé crée du lien entre l'offre (ou système) de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder » (Blanc et Pelosse, 2010 : 8)

Le rôle des « *médiateurs santé* » en France est comparable à celui des « *relais communautaires* » au Bénin. Plusieurs catégories de relais communautaires sont utilisées par les projets et programmes au Bénin. Ces relais ont pour fonction l'information et la sensibilisation des populations pour un changement de comportement (hygiène et assainissement, etc.), il y en a qui font la prise en charge des cas simples de paludisme (exemple de relais Palu Alafia, relais Unicef). D'autres sont responsabilisés pour la référence des patients vers les centres de santé (expérience FBR communautaire au Bénin). De nos jours, les relais sont utilisés pour faciliter le contact entre chercheurs et populations dans le cadre des recherches cliniques.

Dans la définition générique du concept « relais », il désigne un système ou une organisation. Utilisé souvent comme synonyme de « *intermédiaire* » ou « *médiateur* » dans une relation ou « *continueur* » dans une tâche, ce type de système apparaît dans de multiples domaines dont la sociologie. Dans ce cadre, il a été couplé avec le mot opinion, d'où le concept « *relais d'opinion* » (Lazarsfeld, 1944). Ainsi, le « **relais d'opinion** » est généralement défini comme « *une personne qui exerce une influence sur son entourage et (ou) qui échange des informations*

¹⁸ La Promotion de la Santé est définie comme étant un processus qui confère aux individus et communautés davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer (charte d'Ottawa, 1986). La PS désigne toute combinaison d'éléments d'éducation pour la santé à des interventions pertinentes de caractères juridique, fiscal, économique, écologique et structurel s'accomplissant au sein de programmes qui visent à instaurer la santé et à prévenir la maladie (Directives nationales pour la promotion de la santé communautaire, 2010 : 12).

orales sur les produits et marques »¹⁹. De par ses multiples traits caractéristiques que sont sa notoriété, son expertise, son charisme ou son activité sociale intensive, cette personne détient un avis qui guide un grand nombre d'autres individus. Evidemment, ces traits permettent de mettre en valeur des « *positions hautes* » et des « *positions basses* » occupées par les membres d'une société.

Au cours des années 90, les travaux sur la philosophie politique féministe qui fait appel à l'engagement des femmes mettent en avant la dimension politique du concept. Pour Couillard et Côté le concept « *relais* » désigne « *les personnes [qui] se situent dans l'interface entre l'appareil d'État et les groupes communautaires* » (Couillard, 1995). A cet effet, une attention particulière a été portée sur « l'expertise féministe », sur les « discours experts » issus du choc culturel, sur la modernité marquée par la bureaucratisation de la vie sociale et de la valorisation de l'individu, et sur la place de l'anthropologie dans la production des connaissances sur le mouvement des femmes du Québec.

Dans cette même perspective, d'autres termes ou concepts connexes tels que « **Relais-femmes** » lui sont associés. Au Québec, ce sont des groupes de femmes et des groupes communautaires qui œuvrent dans le cadre de l'intervention en contexte de milieu de vie. Cette intervention repose elle-même sur différentes notions et approches telles que l'approche globale, l'éducation populaire, l'approche féministe, l'empowerment et la conscientisation. En effet, « *Relais-femmes est un organisme féministe de formation, de recherche et de concertation qui œuvre à la transformation des rapports sociaux dans une perspective de développement et de diffusion de nouveaux savoirs et de renouvellement des pratiques* » (Fournier et St-Cerny, 2009 : 2).

En Europe par contre, le sens du concept « **Relais-femmes** » est différent. Il ne s'agit pas dans ce contexte d'une institution ou d'un organisme comme au Québec. Il s'agit plutôt de personnes ayant un rôle auprès d'une communauté donnée. A la suite de Madelin, Fournier et St-Cerny (2009) indiquent que

« les **femmes-relais** (...) sont issues des groupes (ou milieux) culturels dans lesquels elles interviennent. Les femmes-relais font du travail d'accueil, d'accompagnement, d'orientation et de traduction (Madelin, 2001). (...) les femmes-relais sont des médiatrices sociales et culturelles. Elles agissent en tant qu'agentes facilitatrices afin de rapprocher les familles immigrées et les institutions. Elles travaillent donc, d'une part, à ce que les femmes comprennent le

¹⁹ Les informations fournies sur la définition de relais et de relais d'opinion proviennent du site https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Relais_d%27opinion&oldid=121186667.

fonctionnement de leur société d'accueil, et d'autre part à ce que les institutions comprennent les logiques des populations étrangères et les besoins des gens des divers quartiers (Profession banlieue, 2007) » (Fournier et St-Cerny, 2009 : 6)

En effet, dans le domaine des interventions de développement, le terme « relais » est utilisé comme synonyme de « médiateurs ». Pour Geertz, (1960), « *la médiation ou l'intermédiation sont conçues comme une mise en relation de deux mondes, de deux cultures* ». De ce point de vue, le médiateur « *n'est pas un professionnel, mais quelqu'un qui, de par sa position sociale, professionnelle ou son statut à un moment donné, est commis à l'établissement de relations entre des mondes ou des groupes souvent différents* » (Bako-Arifari, 2007).

Le recours au concept de **communauté** ici ne s'inscrit pas dans la logique d'un retour au débat classique qui oppose communauté et société (Tonnies, 1944[1887]). Il ne s'agit pas non plus du débat qui a inspiré des distinctions théoriques telles que solidarité mécanique et solidarité organique (Durkheim, 1930[1893]), communalisation et sociation (Weber, 1995[1921]). Mais il convient d'après Schrecker, de la considérer comme « *une entité singulière (...), un exemple réduit, et donc plus abordable comme objet de recherche (...), soit comme une interaction entre attitudes individuelles et valeurs sociales* » (Pichère, 2006). De même il importe de l'aborder comme un « *mode d'interaction et d'appartenance au quotidien* » (Sainsaulieu, 2007).

Le concept d'« **implication** » prend sa source du terme anglo-saxon "commitment" qui présente deux traductions possibles : engagement et implication. Ce concept a été utilisé par Foote²⁰ en 1951 pour décrire la façon dont les individus actifs initient et maintiennent des lignes d'activités (Gamassou, 2004 ; Charles-Pauvers et Peyrat-Guillard, 2012). Des chercheurs dans différents domaines (psychologie sociale, sociologie du travail, management des ressources humaines, anthropologie, etc.) ce sont appropriés le concept. De leurs réflexions, plusieurs définitions ont émergé mais l'accent sera mis sur celle de Klein et al. (2012).

La définition proposée par ces auteurs s'inscrit dans une perspective psychologique. Ils reconnaissent dans l'implication, l'existence de différents types de liens psychologiques. Selon Klein et al., l'implication renvoie à « *un continuum d'obligations psychologiques, allant du faible investissement psychologique à l'investissement le plus élevé, [...] un type particulier de lien reflétant le dévouement volontaire et la responsabilité pour une cible* ». La notion de

²⁰ L'implication crée, selon lui, un lien entre l'individu et la structure sociale, en tant que lignes d'action persistantes » (Charles-Pauvers et Peyrat-Guillard, 2012: 2).

responsabilité est prégnante chez ces auteurs qui peignent un tableau permettant de mettre en valeur un modèle d'implication.

Sur le modèle proposé par Klein et *al.* (2012 : 134), l'accent est mis sur les antécédents du lien d'implication : les caractéristiques individuelles (valeurs, personnalité), les caractéristiques de la cible (nature, proximité), les facteurs interpersonnels (influence sociale, échange social), les facteurs organisationnels (culture, climat, pratiques) et les facteurs sociétaux (culturels et économiques). En confrontant ces antécédents à la réalité, ils vont avoir une influence sur les perceptions de la cible et de l'environnement (importance, affect, confiance, contrôle), par le biais de processus cognitifs et affectifs. Ces perceptions vont influencer à leur tour le degré d'implication vis-à-vis de la cible (lui-même modéré par les liens d'implication à l'égard d'autres cibles). Cette implication entraîne des conséquences (volonté de maintenir le lien avec la cible et motivation) qui vont conduire l'individu à des actions spécifiques qui pourront affecter, par une boucle de rétroaction, les perceptions de la cible.

Les liens psychologiques dont il est question chez Klein et ses collaborateurs, peuvent être aussi compris comme du "*soutien social*" défini comme « *le répertoire des liens que tisse l'individu avec les personnes qui l'entourent afin d'obtenir diverses formes d'aide* » (Massé, 1995 : 92). Dans ses contributions à l'analyse du lien entre l'anthropologie et l'épidémiologie, Massé (1995), identifie comme facteurs influençant le soutien social d'un individu, la « **participation sociale** » qui peut être défini comme « *l'engagement actif [de l'individu] dans diverses institutions telles que le travail, la famille, la politique, l'église et autres* » (Massé, 1995 : 93).

Le concept *d'essai clinique* est assez ancien. Il a été introduit et formalisé par le philosophe et médecin musulman d'origine perse Avicienne en 1025 après Jésus-Christ dans son ouvrage encyclopédique de médecine médiévale « *Kitab Al Qanûn fi (livre des lois médicales)* »²¹. Une analyse sémantique du concept d'essai clinique est présentée par Fiers-Diderot (2005) comme suit.

« Le mot clinique traduit que ce sont sur les êtres humains que s'effectuent les expériences. Dès lors, la clinique sort de son champ d'observation au lit du malade pour exercer une investigation scientifique sur des humains. De manière générale, un essai clinique est défini comme la mise à l'épreuve systématique d'une molécule à visée prophylactique ou thérapeutique chez l'homme volontaire sain ou malade » (Fiers-Didelot, 2005 : 6)

²¹ Les informations ci-dessus sont consultables sur le site http://fr.wikipedia.org/wiki/Essai_clinique, consulté le 23 mars 2015

Dans une approche médicale, un *essai clinique* ou *étude clinique* est une étude qui a pour objectif de vérifier l'efficacité et l'innocuité d'une molécule chez l'être humain (Sanofi, 2014)²². En d'autres termes, l'essai clinique désigne, « *tout projet de recherche qui affecte de façon prospective les sujets humains à des groupes d'intervention et de comparaison afin d'étudier la relation de cause à effet entre un acte médical et l'évolution d'un état de santé* » (Boutamina, 2014 : 63). Une approche épidémiologique du terme intègre les dimensions éthique, historique et culturelle à la définition car l'essai clinique est aussi empreint de culture (Chippaux, 2004)²³.

Dans une réflexion anthropologique, Desclaux et al. (2008) proposent d'appréhender les essais cliniques comme une procédure d'expérimentation scientifique selon des normes strictement définies qui met en jeu une diversité d'acteurs, de pratiques, de savoirs, de rapports sociaux, et de conditions matérielles. « *L'essai clinique [est assimilable à une] institution sociale* ». L'essai clinique et la recherche clinique sont intimement liés mais n'ont pas les mêmes significations. Ainsi, la *recherche clinique* est selon Adnot et al. (2013), « *la recherche biomédicale effectuée à partir de données recueillies sur des participants humains, avec ou sans intervention (thérapeutique ou diagnostique)* ».

De la construction de l'objet de la recherche à la définition des concepts, il s'avère nécessaire de préciser maintenant la pertinence du choix du sujet.

1.6 Pertinence du choix du sujet

L'appellation « relais communautaire » est employée comme synonyme du concept « médiation ». En effet, le thème médiation est une problématique ancienne en anthropologie et d'importantes publications lui ont été consacrées. Du point de vue des sciences sociales et humaines, la médiation « *est [...] à envisager comme un phénomène qui permet de comprendre la diffusion de formes langagières ou symboliques, dans l'espace et le temps, pour produire une signification partagée dans une communauté* » (Caune, 1999). Elle est encore d'actualité car, tout rapport impliquant des systèmes différents ou des cultures différentes, que l'on soit

²² SANOFI 2004-2015. http://www.sanofi.com/rd/essais_cliniques/essais_cliniques.aspx consulté le 9 03 2015

²³ L'essai clinique « n'est ni l'acte thérapeutique qui engage le médecin vis-à-vis d'un patient au cours de ce « colloque singulier » qu'est la consultation médicale, ni l'expérience de laboratoire effectuée dans le cadre d'une recherche fondamentale ou explicative. Il respecte l'éthique du premier et la rigueur méthodologique et technique de la seconde. Toutefois, ses fondements scientifiques, culturels et historiques, pour pertinents et « universels » qu'ils nous apparaissent aujourd'hui, ne sont pas transposables tels quels en Afrique » (Chippaux, 2004 : 9).

dans le champ des interventions en développement ou en santé, suscite des rôles et des fonctions d'intermédiaire.

Il n'est pas question de reprendre tout le débat sur l'évolution de la problématique relative au phénomène de médiation. Mais, il importe de préciser juste que dans le contexte africain, la médiation porte sur la mise en relation de deux mondes, de deux cultures ou des groupes souvent différents (Geertz, 1960, Olivier de Sardan, 1996 ; Bako-Arifari, 2001), la facilitation de transactions sociales dans la négociation de relations matrimoniales (Olivier de Sardan, 1996), sur les actions de facilitation, de communication et d'explication des situations d'interface (Bako-Arifari, 2007). Alors, dans ce mémoire, la problématique abordée s'inscrit dans la perspective de la médiation telle que conçue par Bako-Arifari (2007). Elle concerne l'utilisation des relais communautaires comme intermédiaire ou comme interface dans un projet de recherche clinique. Dans ce cas, il faut entendre par médiation, le rôle de facilitation que jouent les relais communautaires pour établir la relation entre les communautés et les chercheurs.

En effet, le début des années 2000 a été marqué par un nombre important de contributions scientifiques sur le déroulement des recherches cliniques et des essais cliniques en Afrique. Les réflexions anthropologiques sur la question portent sur les logiques sociales qui sous-tendent l'inclusion des participants dans des études cliniques (Epstein, 2007), sur les limites du consentement éclairé (Corrigan, 2003), sur la forme de nuisance que représente le prélèvement²⁴ pour les participants, sur les rumeurs en ce qui concerne le vol du sang, sur l'éthique de la recherche (Vidal, 2003 ; Gobatto, 2003 ; Geissler, 2006), sur les représentations et les répercussions des essais cliniques (Pourette et Raharimanga, 2014).

Le choix des essais cliniques comme objet d'études anthropologiques permet d'analyser l'enchevêtrement complexe des logiques de multiples d'acteurs qui interfèrent avec son déroulement et produisent des discours et des pratiques construits autour d'enjeux hétérogènes. Les travaux consultés se sont peu intéressés à la relation de conflits qui subsiste entre chercheurs et participant(e)s aux essais cliniques et les stratégies développées pas les chercheurs pour

²⁴ «Malgré la perspective d'une meilleure prise en charge représentée par ces recherches, nombreuses sont les interrogations, les craintes et les contestations qui émergent face à la multiplication des initiatives de recherche clinique dans les pays du Sud (Petryna, 2005). Ces préoccupations sont renforcées à tort ou - à raison — par la médiatisation au Sud comme au Nord, d'« affaires » sordides qui mettent en lumière l'exploitation des sujets humains et le non-respect des principes éthiques (...). A cela s'ajoutent les recherches qualifiées de « safaris sanguins » (Dodier, 2003) et de « bleed and run » (Anglaret & Msellati, 2003) qui désignent les pratiques de chercheurs qui recueillent, sans contrôle, des échantillons de sang auprès de populations africaines qui n'en tirent aucun bénéfice » (Couderc, 2011 : 38)

rétablir et maintenir l'équilibre des relations. En réalité, « *un projet de recherche, ce sont aussi des acteurs, [...] situés à différents niveaux d'intervention [de la conception au fonctionnement]* » (Gobatto et Lafaye, 2003 : 2). Mais la littérature informe peu sur un maillon important de la chaîne des acteurs impliqués dans les phases de déroulement de la recherche clinique à savoir les acteurs locaux, les intermédiaires, les relais communautaires que les projets recrutent pour faciliter le contact avec les « *personnes-ressources* »²⁵ (Noray, 2009) ou pour assurer l'interface et pour mettre en œuvre un certain nombre d'activités que seule l'équipe ne peut réaliser. Tout comme Bierschenk et Olivier de Sardan (1998 : 16), on pourrait reprendre à la suite de Bujtenhuis et Rijneerse, que les relais communautaires appartiennent aux « *groupes des oubliés* » de la recherche. Or, ces acteurs ont eu une place de choix dans le processus de mise en œuvre des activités du projet. Ils ont été un moyen pour l'équipe de recherche de pallier aux difficultés linguistiques, communicationnelles, relationnelles et celles liées à l'accessibilité géographique et certaines contraintes liées aux spécificités du milieu d'étude comme la « *lacrucité* »²⁶ (Bako-Arifari et Kpatchavi, 2009 : 64). En effet

« le fait de travailler en zone inondable tropicale ne demande pas nécessairement de maîtriser les techniques qui seraient spécifiques à ce type de milieu, mais exige des compétences d'adaptabilité plus grandes qu'ailleurs. Cette exigence doit être prise en compte d'une part, dans la définition des profils et dans le recrutement, d'autre part dans les actions de formation, d'appui méthodologique et de suivi des agents» (Noray, 2009 : 144).

Les travaux entrepris ici visent à élucider la pertinence de l'utilisation des relais communautaires dans une expérimentation clinique, d'apprécier leur rôle d'interface dans l'amélioration de la collaboration entre l'équipe du projet et les participantes. Ce choix est motivé par le fait que le projet intègre deux espaces (médical et communautaire) où des logiques de pensée et d'action s'interfèrent. Ces deux espaces sont caractérisés par des interactions entre plusieurs institutions sanitaires et plusieurs acteurs à différents niveaux donc de plusieurs cultures. Ce qui impose pour les recherches cliniques qui recèlent une diversité de fonctions,

« [des] difficultés de perception ou d'interprétation [...] des pratiques expérimentales, notamment en dehors des milieux professionnels qui les réalisent ou les encadrent... [et une] diversité d'enjeux et d'attentes [...] qui pour être compris ne peuvent être considérés isolément mais en interaction les uns avec les autres» (Egrot, 2007).

²⁵ La notion de « personnes-ressources » est employée par de Noray (2009) en remplacement du terme général « les populations » ou le « terrain » c'est-à-dire les détenteurs d'information.

²⁶ Selon les auteurs « la « lacrucité » (...) sous-entend la forte prégnance du facteur de la saisonnalité (période de crue et période de décrue) qui articule en grande partie aussi bien l'offre de services publics de base ». Dans le cas d'espace, le caractère lacustre de Sô-Ava pose des problèmes d'accessibilité géographique, impose des contraintes de déplacement sur l'eau et par barque et de repérage des domiciles des participantes au projet.

C'est pour comprendre ces enjeux que les stratégies déployées par l'équipe du projet pour gérer les interactions notamment, la mobilisation des participants, la gestion des malentendus et incompréhensions liées au projet et les compétences socio-anthropologiques (langue, maîtrise des concepts et discours pour communiquer sur des sujets ou objets culturellement sensibles : sang, grossesse, placenta, enfant), nécessitent une étude approfondie. Surtout que le projet s'est déroulé auprès de populations peu habituées aux pratiques biologiques et expérimentales qui s'étendent sur une longue durée.

Un bref aperçu de la littérature permet de comprendre le processus du choix des relais communautaires dans d'autres contextes.

1.7 Revue de littérature

Le compte rendu des lectures s'articule autour du choix des relais communautaires, de leur profil, de leur formation et de leur implication dans les activités. Pour ce faire, un rapport publié dans la revue Etude et travaux du LASDEL et deux articles seront présentés.

Le rapport évoqué ci-dessus est intitulé « Les Pratiques Familiales Essentielles (PFE) au Niger. Socio-anthropologie d'une intervention à base communautaire ». Il est publié en 2013 par Oumarou à l'issue d'une enquête menée en 2011 par le LASDEL sur la perception et les pratiques du PFE conduites par l'UNICEF au Niger. Ce rapport met en évidence deux problèmes :

1. L'option « *communautaire* » choisie aboutit en fait à privilégier une architecture institutionnelle entièrement mise sur pied de toutes pièces par le projet et ses sous-traitants, aux dépens de la collaboration avec les institutions publiques et ses acteurs. Celle-ci ne devrait-elle pas être envisagée et promue ?
2. Le package proposé est en décalage et parfois en contradiction avec un nombre important de pratiques, de structures et de contraintes locales, malgré les discours tenus vis-à-vis de l'extérieur. Ce package ne devrait-il pas être revu ?

Le compte rendu proposé ici s'articule autour du processus du choix des relais, les critères de désignation et de leur profil qui sont tous liés au premier problème. En effet, cette contribution s'inscrit dans le champ des réflexions socio-anthropologiques sur les politiques publiques voire les interventions dans le domaine de la santé.

La démarche méthodologie a consisté à faire le choix des sites de l'étude à partir des critères bien définis en collaboration avec l'équipe de l'Unicef. S'en est suivi la phase de collecte de données à partir d'entretiens individuels, complétés par des observations dans les ménages. Ces entretiens ont été réalisés auprès de plusieurs acteurs directement concernés par le sujet (chefs de village, femmes, relais communautaires) et auprès d'autres acteurs. Il s'agit d'une bonne démarche de collecte de données empiriques qui permet de cerner les différents aspects du problème.

En effet, le « consensus » constitue le mode dominant de la désignation des relais communautaires mais certains ont été désignés en leur absence. La désignation des femmes mariées est soumise à l'accord de leurs maris. Les relais ont été choisis en assemblée du village, de sorte à représenter les différents quartiers. Ce choix est fait parmi les membres de la communauté actifs dans les activités de "développement". Généralement,

« ils ont une certaine expérience acquise soit en tant que relais des centres de santé intégré, soit en tant que bénévoles dans le cadre des opérations de vaccination ou encore, plus généralement, parce qu'ils ont été impliqués dans les projets antérieurs du village. Parfois, ils sont membres de plusieurs comités ou bureaux... Les relais jouissent d'une assise sociale dans leur village. » (Oumarou, 2013 : 35).

Selon l'auteur, le choix des relais apparaît comme un « espace infranchissable » pour les responsables de l'ONG. Car cette désignation a précédé l'arrivée du projet qui s'est rendu compte du non-respect à la lettre des critères préalablement définis par l'Unicef, à savoir :

« être résident du village, jouir d'une bonne moralité, être accepté par la communauté, être capable de diriger un groupe, être honnête/intègre, être patient, être disponible, être dynamique, savoir lire et écrire au moins en hausa, accepter le bénévolat, avoir une expérience d'animation de groupe, en tant que EVPC, animateur radio-club, membre COGES, (école, banque céréalière, petits ruminants, point d'eau, santé...) » (Oumarou, 2013 : 36).

Parallèlement aux critères de l'Unicef, les villageois ont défini les leurs à savoir : « *être gentil, être dynamique, être habitué à travailler avec les projets* ». L'analyse de l'auteur révèle la coexistence de deux types de règles à savoir, les règles officielles du projet, qui intègrent à la fois des dimensions relevant de la moralité, de la personnalité des relais et de leur expérience ; et les normes sociales localement définies renvoyant à un système de valeurs propres aux habitants dans les villages.

En ce qui concerne leur profil, la majorité des relais sait lire et écrire. L'auteur a indiqué que certains relais communautaires ont atteint le niveau 4^{ème}, d'autres ont fait les cours d'alphabétisation. Par ailleurs, l'enquête a montré que certains relais n'ont fréquenté l'école

coranique et n'ont jamais suivi des cours d'alphabétisation. Ce qui constitue pour eux une difficulté à remplir convenablement les fiches de l'Unicef.

Le premier article est titré « Surveillance en communauté des décès maternels et infantjuvéniles dans le district sanitaire de Tanguiéta (Bénin) de 2006 à 2010 ». Il est publié en 2013 par Imorou et *al.* Le problème évoqué dans cet article est qu'au Bénin, les taux de mortalité maternelle et infantjuvénile mesurés tous les cinq ans à travers les Enquêtes démographiques de santé ne fournissent pas des informations désagrégées au niveau du district sanitaire de Tanguiéta. En d'autres termes, il n'existe pas de statistiques concernant ces indicateurs dans le district de Tanguiéta. Ce qui cache des disparités interrégionales ne permettant pas un bon suivi ni une bonne orientation des interventions de santé.

Pour y faire face les relais communautaires « sentinelles » ont été mis à contribution pour faire fonctionner un système de surveillance des décès maternels et infantjuvéniles. Ce système a été mis en place dans le cadre du partenariat entre UniCredit Foundation et le district sanitaire de Tanguiéta. Cet article montre que le système est pertinent pour apprécier l'impact des interventions de santé maternelle mais assez faible pour ce qui est de la mortalité infantile, en raison des coutumes sociales locales et du fait que les décès des enfants ont moins de résonance (Imorou et *al.*, 2010 : 332) . Face aux constats effectués, ces auteurs ont abordé une série de questions dont deux sont présentées : Quelle est la proportion des décès maternels, infantjuvéniles et infantiles intervenus à domicile dans le district sanitaire ? L'implication des relais dans la surveillance communautaire peut-elle contribuer à des résultats satisfaisants ?

La démarche méthodologie adoptée repose sur une étude longitudinale, quantitative et descriptive qui a consisté à collecter pendant cinq ans (entre 2006 et 2010) les données sur les décès maternels et infantjuvéniles auprès de tous les ménages dans lesquels sont survenus ces événements. Cette méthode permet d'avoir des données quantitatives importantes. Elle permet aussi de renseigner l'évolution des indicateurs et de construire une base de données significative pour le district sanitaire. Mais elle ne permet pas de mettre en lumière les processus sociaux qui caractérisent les interactions entre les sentinelles et les populations. On sait que l'espace social est lieu de confrontation des logiques, c'est un lieu de négociation des relations. C'est un espace d'expression des relations de pouvoir. Cette méthode essentiellement descriptive ne permet pas d'apprécier toutes ces variables qui pourraient influencer aussi bien positivement que négativement le déroulement de l'étude. Les résultats de cette enquête ont révélé que les

sentinelles ont été choisies par les agents de santé dans chaque aire sanitaire selon les critères suivants :

- résider dans le village depuis au moins un an ;
- comprendre les langues du village ;
- savoir lire et écrire en français ;
- être de bonne moralité.

Toutefois, la priorité a été accordée aux relais intervenant dans les activités de lutte contre l'onchocercose, du fait de leur expérience sur l'enregistrement et la notification des cas et des habitudes de travail déjà établies avec les centres de santé. Au total, 155 « sentinelles » ont été recrutées et formées en un jour. Ils ont été mis en place sur toute l'étendue du district sanitaire. Cette formation a porté sur la définition des événements sous surveillance, le remplissage des cahiers et le mode de collecte des informations.

Les sentinelles étaient chargées de recenser et d'enregistrer dans les cahiers de notification tous les cas d'accouchement et de décès maternel ou infantojuvénile intervenus au quotidien dans leur village. Dans les faits, certains indicateurs n'ont pas connu d'amélioration. Il a été noté que ces indicateurs (les décès des enfants) ont été mal identifiés par les sentinelles pour plusieurs raisons : un décès d'enfant est socialement mieux accepté que la mort d'un adulte, il mobilise moins de personnes et est moins fréquemment relayé vers les sentinelles ; la couverture incomplète de quelques villages isolés ; l'abandon de certaines sentinelles et leur remplacement parfois rapide sur le terrain (celles-là étant en conséquence moins expérimentée et moins formées).

Cet article a mis en évidence les avantages et les limites par rapport au processus de collecte des données par les sentinelles. Mais rien n'a été dit sur le profil des relais impliqués dans cette étude. Du fait des abandons observés, il importe de s'interroger sur les modalités réelles de contribution. Les auteurs de cet article n'ont rien écrit en ce qui concerne la contractualisation des sentinelles pour cette étude. Des critères ont été définis certes, mais rien n'a été dit sur le respect ou non de ces critères dans le choix des sentinelles.

Le deuxième article présenté ici est intitulé « Responsabiliser les relais communautaires pour le traitement préventif intermittent saisonnier du paludisme (TPI) au Sénégal : enjeux, modalités, défis ». Il est publié en 2012 par Faye dans le cadre des interventions du TPI au Sénégal. L'auteur a fait le constat que les relais communautaires ont un rôle important à jouer

dans la promotion de la santé certes, mais « *on sait peu sur leur utilisation à grande échelle* » (Faye, 2012 : 131). A partir d'une approche socio-anthropologique, l'auteur analyse les pratiques d'administration du TPI par les relais communautaires en tenant compte des spécificités des contextes socioprofessionnels, des cadres logiques de leur sélection, de la nature de leur formation, leur niveau d'engagement, leur niveau de respect ou de renégociation des normes officielles et les rationalités sous-jacentes.

La démarche méthodologie adoptée repose sur une enquête qualitative par entretien sur le terrain. Les résultats de cette enquête ont mis l'accent sur plusieurs types de relais communautaires au nombre desquels il y a : les relais polyvalents, les relais temporaires, les relais des organisations communautaires de base, les relais spécialisés. La procédure de sélection est basée sur les critères tels que : *habiter le village, la ville, l'aire de santé, être crédible dans sa zone de résidence, savoir lire et écrire, être volontaire et justifier d'une activité annexe, source de revenu.*

Ces relais dont la démarche de choix a varié, entretiennent des relations conflictuelles entre eux ; les uns se représentant plus légitimes que d'autres. Il y a aussi le conflit entre eux et les agents de santé du fait du glissement qu'il y a par rapport à leur rôle (le passage de la fonction de mobilisateur communautaire à la réalisation des TDR, à des prescriptions de CTA et la distribution de médicaments). En conclusion, l'auteur indique que « *la sollicitation croissante des relais communautaires (...) induit la coexistence de diverses catégories de soignantes et une redistribution des positions et tâches* » (Faye, 2012 : 143). Tous aspirent à une professionnalisation du relais pour constituer un corps de « métier de la santé ». Cette situation impose alors une reconfiguration du système de santé et un repositionnement des agents.

Les aspects abordés dans ce mémoire s'inscrivent dans la même démarche que celle adoptée dans les travaux présentés ci-dessus. Le premier aspect concerne les critères de choix, les démarches et la formation des relais. Le deuxième aspect concerne la contribution des relais et les stratégies développées par ceux-ci pour aider l'équipe du projet sur le terrain.

L'approche méthodologique adoptée dans le cadre de la conduite de la présente recherche est présentée dans le chapitre suivant.

Chapitre 2: Approche méthodologique de la recherche

Dans ce chapitre, la démarche de collecte de données est déclinée. Le cadre de la recherche, la nature de la recherche, le groupe cible concerné par l'enquête, les techniques et outils de collecte de données, les différentes phases de l'enquête et les difficultés liées au déroulement de l'enquête sont décrits et argumentés.

2.1 Cadre de la recherche

Cette section met l'accent sur les spécificités de Sô-Ava au plan géographique, historique, socio-culturel et sanitaire ; et présente un bref aperçu du projet PlacMalVac.

2.1.1 Au plan géographique

La commune de Sô-Ava occupe une partie de la basse vallée du fleuve Ouémé et de la rivière Sô à qui elle doit son nom. Elle est limitée au Nord par les communes de Zè et d'Adjohoun, au Sud par la commune de Cotonou, à l'Est par les communes lacustres des Aguégus, de Dangbo et à l'Ouest par la commune d'Abomey-Calavi. Elle couvre au total, une superficie de 218 km² et se retrouve entièrement dans le bassin versant des plateaux de l'Ouémé et ses eaux sont drainées vers le lac Nokoué. Ce plan d'eau recouvre près de la moitié du territoire de la commune. Selon les résultats provisoires du RGPH4, la population de Sô-Ava serait passée de 76 315 habitants en 2002 à 118 497 habitants en 2013 (RGPH4, 2013 : 5). Cette population est composée de 60 042 d'hommes et de 58 455 femmes.

2.1.2 Au plan historique et socio-culturel

Sô-Ava est peuplé par des communautés sous domination des armées du royaume d'Abomey. Ces communautés fuyant les guerres et les razzias, ce sont réfugiées derrière la rivière Sô qui a son embouchure dans le lac Nokoué. À cause de leur histoire (guerres, razzias), ces communautés sont appelées les « *hommes de l'eau* » (Bourgoignie cité par Bako Arifari, Kpatchavi, 2009). De récents travaux ont montré que sur le plan culturel, ces « *hommes de l'eau* » constituent un ensemble qualifié de groupes socioculturels introvertis, très superstitieux, qui développent des attitudes de méfiance, d'évitement de l'étranger et de tout ce qui vient de l'étranger, ce que dit l'étranger (Bako Arifari, Kpatchavi, 2009).

2.1.3 Au plan sanitaire

L'offre publique de soins est délivrée par un centre de santé de commune et six centres de santé d'arrondissement. Les paquets de services offerts diffèrent d'un centre de santé à un autre. Mais

les activités du projet se déroulent au centre de santé de commune de Sô-Ava. En cas d'urgence, les patients sont référés vers l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi. L'offre de soins est renforcée au niveau communautaire par les relais communautaires (individus et groupement OBC). Ces relais font la prise en charge des cas simple de paludisme. Ils sont utilisés par le projet Palu Alafia dans le cadre de cette prise en charge. La recherche dans son ensemble se déroule dans un paysage sanitaire assez complexe. Un nombre important de centres de santé publics, privés, confessionnels et les réponses sociales cohabitent. Comment se présente le projet PlacMalVac ?

2.3.4 Bref aperçu sur le projet PlacMalVac

Le projet PlacMalVac est une étude financée par l'Union Européenne et a pour but d'identifier et de valider un candidat vaccin recombinant contre le paludisme gestationnel. L'objectif de ce vaccin sera de conférer une immunité active contre VAR2CSA chez les jeunes femmes avant leur première grossesse. Le projet recouvre deux phases. Au Bénin, la première phase, étape préparatoire de la phase II, a démarré depuis 2013. Elle a été consacrée à l'essai à blanc mené sur une cohorte de jeunes filles nulligestes sur toute l'étendue de la commune de Sô-Ava pour pouvoir observer la grossesse de quelques-unes d'entre elles et mesurer l'acquisition d'une immunité naturelle anti-VAR2CSA. Les arrondissements de Ganvié 1 et Ganvié 2, Sô Ava, Vekky, Dékanmey, Houédo et Ahomey-Lokpo ont tous été concernés par l'étude. Cette étude a consisté à identifier des jeunes femmes en âge de procréation ayant des désirs de grossesse, à les suivre jusqu'à ce qu'elles tombent enceinte, à les suivre jusqu'à terme ; le suivi continue 6 mois après la naissance de l'enfant. Des prélèvements mensuels (du bout des doigts et veineux) sont réalisés sur les femmes à chaque consultation. Un ultime prélèvement veineux est réalisé sur les femmes six mois après accouchement.

Au total, 275 jeunes filles déclarées nulligestes, répondant aux critères d'inclusion, ont été enrôlées et suivies. Au cours du suivi, 73 femmes ont été dépistées positives aux tests urinaires de grossesse, soit une proportion de primigestes de 27%. Sur les 73 femmes, 55 femmes ont eu un suivi régulier (75%) ; 18 ont refusé de poursuivre le suivi (25%). Des 55 femmes suivies, 15 femmes (20%) ont fait une fausse couche ou un avortement précoce. Après un an de suivi, il a été constaté des résistances, des refus ou des tensions entre les femmes et leur environnement ou parfois entre les femmes et les agents de santé surtout après survenu de la grossesse, ou bien quand certaines malaises surviennent pendant la grossesse. Il arrive aussi souvent qu'après échographie, des maladies et malformations soient constatées qu'il faille annoncer aux femmes et leurs conjoints. Ces comportements sont observés malgré la prise en

charge médicale gratuite dont bénéficient les participantes. Ces constats posent des problèmes d'acceptabilité, d'adhésion des femmes à l'essai clinique et confirment l'opportunité de démarrer et de conduire l'enquête anthropologique déjà prévue.

Pour mener à bien cette enquête, des axes de recherche ont été définis. Au nombre de ces axes, il y a celui qui concerne la démarche de la recherche. Les résultats qui sont restitués dans ce mémoire sont relatifs à cet axe et concernent les acteurs communautaires qui sont mobilisés autour du projet. La nature des données collectées est présentée dans la section ci-dessous.

2.2 Nature de la recherche

La conduite d'une recherche scientifique nécessite l'adoption d'une méthodologie propre en fonction de la nature des données que l'on envisage de collecter. L'approche qui a été privilégiée dans le cadre de cette recherche est essentiellement qualitative. Selon Déslauriers (1992), « *la recherche qualitative est une recherche qui produit et analyse les données telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observables des personnes* » (215-217).

En effet, il s'agit d'une approche ethnographique et rétrospective utilisant les techniques d'analyse documentaire, l'entrevue et l'observation. Mais, les techniques à elles seules ne peuvent constituer le fondement de la nature qualitative de la recherche. Selon Anadón (2006), cette référence exclusive à des techniques particulières est trop restrictive. Et pour ce faire, « *elle doit davantage être associée à des postures épistémologiques et théoriques privilégiant d'une façon ou d'une autre l'expérience et les points de vue des acteurs sociaux* » (Anadón, 2006 : 6). C'est pour rester en phase avec cette démarche qu'il est envisagé dans ce mémoire, de porter une attention particulière sur le « récits de pratique » (Jouthe et Desmarais, 1993) des acteurs communautaires mobilisés autour du projet. Selon l'auteur,

« Le récit de pratique se définit comme une narration, de type autobiographique, par l'intervenante sociale d'une série d'actes ordonnés chronologiquement, que celle-ci tentera d'arrimer, d'une part, à un ensemble de conditions relevant à la fois d'elle-même et du monde sociohistorique dans lequel ses actes s'inscrivent, et, d'autre part, à des effets produits sur les personnes prises individuellement et à des niveaux plus larges famille, réseau, quartier, etc.) » (Jouthe et Desmarais, 1993 : 132-133).

Il a été aussi question, de considérer le contexte du déroulement de l'essai clinique, d'apprécier la démarche d'implication des relais, leur attente, leur expérience et de les arrimer avec leur rôle dans les différentes phases de l'essai. Le caractère rétrospectif de l'enquête et la nature de l'engagement des relais nécessite que l'on comprenne leur passé. En cela, une attention particulière a été portée sur leurs pratiques antérieures et le récit qu'ils en donnent. Cela s'avère important car comme l'a signifié Monceau (2009),

« prendre en compte le point de vue des sujets et les associer à certaines phases de la recherche (...) impliquent une construction méthodologique dans laquelle des accords sont passés entre les chercheurs et leurs partenaires « de terrain ». Les intérêts des uns et des autres ne se confondent pas davantage que leurs objectifs respectifs à coopérer » (Monceau, 2009 : 2).

De ce point de vue, à partir des discours rapportés, une description et une analyse ont été faites de certaines activités qui n'ont pas pu être documentées au moment où elles se déroulaient. Ce sont les activités dans lesquelles les relais communautaires ont été impliqués à savoir : les séances d'informations et de sensibilisations avant le recrutement des femmes, les procédures de lecture du formulaire d'information, la signature de la fiche de consentement éclairé, les inclusions, le processus d'identification des participantes au projet. Les principales cibles de cette enquête sont présentées ci-dessous.

2.3 Groupes cibles et échantillonnage

Pour constituer l'échantillon, « (...) on procède généralement à un sondage à deux degrés. On désigne un échantillon de localités ; dans les localités-échantillon, un échantillon de personnes, de ménages, (...) » (Désabie, 1963 : 10). La constitution de l'échantillon n'a pas pris en compte ces différents aspects. En fait, PlacMalVac est un projet déjà en cours de réalisation. L'équipe du volet anthropologique a été intégrée à celle des professionnels de la recherche clinique. Des axes de recherches (4 au total) ont été définis. Les sites de l'enquête anthropologique et de l'expérimentation clinique sont les mêmes. Les investigations ont porté sur les acteurs impliqués à chaque niveau de du déroulement de la recherche clinique. L'un des axes concerne l'ethnographie de la démarche du projet.

Les acteurs locaux mobilisés autour du projet sont les relais communautaires. L'enquête a été menée principalement auprès de tous les relais à savoir 20 au total. Ils ont été identifiés et enquêtés à partir de la technique de boule de neige en raison de leur proximité à l'étude. Toutefois, deux agents de l'équipe de terrain : une (1) infirmière et un (1) médecin ont été interrogés pour comprendre le processus de choix des relais. La collecte des données a été faite à partir des techniques et outils d'enquête qualitative qu'il importe de préciser.

2.4 Techniques et outils de collecte des données

L'approche adoptée a été essentiellement qualitative utilisant les techniques d'observation *in situ*, les entretiens approfondis et la revue documentaire (comptes rendus de réunions, rapport, articles, etc.). Les observations menées sur le terrain ont porté sur le comportement des relais

communautaires et leur discours lors des visites à domicile et des séances de prélèvement sanguin.

Les outils correspondant à ces techniques sont le guide d'entretien semi-structuré et la grille d'observation. Un guide d'entretien est conçu pour chaque catégorie d'acteurs interrogés. Ces techniques ont été appuyées par l'enregistrement systématique des entretiens. De petites vidéos et des photos ont été réalisées à l'aide d'appareils photographiques au cours des observations sur les prélèvements sanguins. La technique de prise de notes a appuyé les outils et les enregistrements. L'organisation de la collecte de données est présentée comme suit.

2.5 Organisation de la collecte de données

Cette phase recouvre deux étapes. La première concerne la préparation de l'enquête. La deuxième se rapporte à l'enquête intensive auprès des groupes concernés.

2.5.1 Phase préparatoire de l'enquête

Au cours de cette phase, une équipe de quatre étudiants stagiaires sur le projet a été mise en place. Ces quatre étudiants ont bénéficié de l'encadrement scientifique d'un enseignant-chercheur et responsable de l'enquête. L'organisation de l'enquête de terrain a été marquée par une étape préparatoire de formation de sept jours sur le protocole de recherche. Elle a consisté à s'approprier et à se familiariser avec les concepts clés de l'étude, de même que les résultats déjà obtenus par l'équipe du projet. A l'issue de la formation, les outils de collecte de données (guide d'entretien, grille d'observation) ont été élaborés. Par ailleurs, une exploration (revue documentaire et entretiens avec les professionnels de la recherche clinique) a été faite.

Au démarrage des activités relatives à la collecte de données, les outils ont été testés. Ils ont été revus et corrigés pour les adapter au contexte. Après la revue des outils, la collecte de données proprement dite a été faite.

2.5.2 Enquête intensive : entretiens et observations

La collecte de données sur le terrain a duré six mois (mai à octobre 2015). Les étudiants vont sur le terrain deux fois par semaine, soit les mardis et les mercredis. Ces deux jours sont consacrés à des entretiens avec différents acteurs préalablement contactés et dont les rendez-vous sont pris. La plupart des entretiens ont duré en moyenne une heure trente (1h30mn). Les entretiens ont permis de documenter le processus d'implantation de l'étude, le profil des relais communautaires et leur rôle dans les différentes étapes du projet.

Au retour du terrain, un point statistique de l'évolution des activités est fait. Cette séance est mise à profit pour faire le rapport journalier. Les autres jours de la semaine sont consacrés à la transcription des entretiens, à des prises de rendez-vous, à des réunions en vue de planifier les activités de la semaine suivante.

Par ailleurs, les étudiants participent systématiquement aux séances d'observations sur les différentes activités notamment, les visites à domicile pour le rappel des rendez-vous, les prélèvements sanguins et les soins au dispensaire encore en cours. Par rapport aux observations, tous les prélèvements programmés sont portés à la connaissance de l'équipe de recherche. L'itinéraire des participantes est suivi et décrit au cas où elles devraient se rendre au dispensaire pour les soins. Ainsi, les interactions entre participantes, infirmières PlacMalVac et relais communautaires lors des prélèvements sont documentés. L'accueil des participantes et le discours des agents de santé au dispensaire ont été documentés. Chaque séance d'observation est sanctionnée par un rapport qui présente tout le processus, de l'arrivée des participantes à l'acte de prélèvement.

Le traitement des données collectées a été fait de façon manuel. L'analyse s'appuie sur les techniques classiques utilisées dans une recherche qualitative. Elles sont présentées dans la section suivante.

2.6 Technique de traitement et d'analyse des données

2.6.1 Traitement des données

La phase de l'enquête proprement dite a été suivie de celle du dépouillement et de traitement des données. Les matériaux d'enquête (entretiens, notes de terrain, observation) que Moreau (2010) appelle « *l'univers du discours* », ont été transcrits et saisis à l'aide du logiciel Word 2013, police Times New Romans, taille 12, interligne simple. De façon manuelle, ces données ont été regroupées par thématique suivant les différentes articulations des guides d'entretien. Les données qualitatives collectées n'ont pas été quantifiées.

L'analyse des données est fondée sur un double modèle, descriptif et analytique (explicatif). Elle porte sur les différentes formes d'interactions résultant de l'implication des relais communautaires et leur rôle d'interface dans l'espace social. Les méthodes classiques d'analyse de données à savoir celles relatives à la triangulation et au recoupement des informations ont été utilisées. Elles ont permis de confronter les informations reçues des différentes sources. Du

corpus produit, des verbatims ont été sélectionnés pour illustrer les faits décrits ou analysés. Elles ont été exploitées pour la rédaction des différentes parties de ce mémoire.

Dans le cadre de cette recherche quelques difficultés ont été rencontrées. Elles sont présentées dans la section suivante.

2.7 Difficultés et limites de la recherche

Les difficultés de cette enquête sont d'ordre matériel, organisationnel, méthodologique. Elles sont liées aussi au contexte du déroulement de l'enquête.

- La première est que l'équipe du volet anthropologique confondue à l'équipe ayant réalisé les inclusions.
- La seconde difficulté est liée au voyage sur l'eau. L'équipe disposait d'une seule barque pour faire le tour des localités notamment les six arrondissements.
- La troisième se réfère à l'absence d'un répertoire exhaustif des enquêtés, ce qui a induit des difficultés de communication (surtout liées à l'instabilité des réseaux GSM) avec ces derniers.
- La cinquième concerne la difficulté à ramener les relais communautaires pour faire les entretiens. La mobilité de certains d'entre eux constituait une contrainte majeure à surmonter. Elle a pour conséquence, les prises de rendez-vous infructueuses auxquelles l'équipe de collecte était confrontée.
- La dernière est relative à l'effet des rumeurs sur la conduite de la collecte de données et l'utilisation de la barque du projet. En effet, la collecte a été faite au moment où les rumeurs sur le projet ont émergé. Ainsi, l'équipe du volet anthropologique a été confondue à l'équipe ayant réalisé les inclusions car elle a utilisé la barque du projet pour ses déplacements.

Le caractère rétrospectif de cette enquête constitue une limite à la qualité des données obtenues. Elle est intervenue dix-huit mois après le déroulement de l'étude. Des observations n'ont pu être menées sur les activités principales de l'étude. Les données collectées reposent sur des discours restitués par des enquêtés qui ont été utilisés à temps partiel par le projet.

Puisqu'il s'agit d'un exercice rétrospectif et ce, dans un contexte de fortes rumeurs, il y a un risque important que les informations soient arrangées et découlent d'un procès d'intention au projet. A ce titre, certains enquêtés disent n'avoir reçu aucune formation sur le projet ou n'ayant

jamais été informés des prélèvements sanguins mensuels chez les femmes. Il y a aussi la difficulté à restituer étape par étape toutes les activités menées par certains relais sur le projet.

Le processus du choix des relais et leur investissement dans le projet sont présentés dans la deuxième partie de ce mémoire.

**Deuxième partie : Du choix des relais communautaires à
leur investissement dans les étapes du projet**

Chapitre 3 : Choix et formation des relais communautaires

Ce chapitre est consacré à l'analyse de la démarche utilisée par l'équipe du projet pour choisir et impliquer les relais communautaires dans les différentes activités du projet. Notamment, le lien entre les critères de choix définis par le ministère de la santé, les différentes étapes de la démarche d'identification des relais, le profil des relais et le processus de leur formation ont été abordés. Les critères d'appui à l'identification des relais sont présentés ci-après.

3.1 Critères de choix des relais communautaires

Pour le choix des relais, l'équipe a défini les critères tels que : avoir été relais communautaire, avoir la capacité d'exercer une influence sur la population, être disponible, être du milieu, résider dans le milieu, être habitué à faire des enquêtes, avoir de l'expérience dans le domaine de la santé, parler la langue *tɔfin*, savoir lire et écrire. Ces critères peuvent être regroupés en trois catégories. Il s'agit des critères sociaux et culturels, des critères individuels, c'est-à-dire liés à la personnalité des relais et les critères d'influence sociale.

- **Les critères sociaux et culturels**

Ces critères réfèrent à l'appartenance sociale des relais communautaires. L'accent a été principalement mis sur leur milieu social d'appartenance (être de Sô-Ava ou de l'une de ses localités et y résider). A ce critère s'ajoute leur appartenance ethnique (être *tɔfin*, parler la langue *tɔfin*). Une infirmière du projet rapporte à ce sujet ce qui suit :

« au début du projet, on avait besoin des gens du milieu qui pourraient nous accompagner sur le terrain et qui ont une influence sur la population. Il n'y avait pas de critères particuliers sinon que ce qui était important c'est la disponibilité » (InfPlacMalVac, Sô-Ava, 23 11 15).

Dans cette étude, ces critères ont été respectés pour tous les relais identifiés. Ces critères mettent en valeur l'identité sociale des relais communautaires. Ce sont donc des critères légitimant qui misent sur l'enracinement communautaire et territorial des relais. A ces critères s'ajoutent ceux liés à leur personnalité.

- **Les critères individuels**

Ils concernent les trajectoires ou caractéristiques individuelles des relais communautaires. L'équipe du projet a insisté sur la nécessité d'avoir des personnes qui sont ou avaient été utilisées comme relais communautaire dans le système de santé à Sô-Ava. Notamment, l'équipe a mis l'accent sur leur niveau d'instruction, leur habitude en matière d'enquête, leur expérience

de facilitation sur le terrain. A la question de savoir qui sont les personnes identifiées par le projet pour les aider, le responsable de l'équipe de terrain répond :

« (...) nous avons demandé à travailler avec tous ceux qui sont habitués à des enquêtes ; des relais communautaires de la communauté surtout et ils nous ont sorti ceux qui sont habitués à des enquêtes, ceux qui ont des expériences tout ça. On leur a expliqué le travail qu'on avait à faire et puis c'est tout » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

La référence faite aux relais communautaires dans ce verbatim relève de la stratégie pour l'équipe d'utiliser du capital existant dans le système de santé. Les relais communautaires sont de la communauté, ils vivent avec elle et partagent les mêmes réalités qu'elle. Ces acteurs disposent d'un capital d'expériences à valoriser pour rassurer les populations bénéficiaires de cette étude. Le responsable de l'équipe rapporte :

« (...) quand je dis expérience de terrain ça veut dire **l'expérience de faire des enquêtes**, des trucs sur le terrain et pour la majorité ce sont les mêmes qu'on avait l'habitude de solliciter pour des activités sur le terrain comme JNV, PEV et autres » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

De ces propos, on note qu'aucune précision n'a été donnée par rapport au nombre d'année d'expérience des relais. Toutefois, la référence faite à l'expérience suppose qu'au cours de leur trajectoire dans les projets, les relais communautaires aient acquis par le processus de socialisation ou d'apprentissage, des savoirs (techniques, connaissances), savoir-faire (méthodologie) leur permettant de résoudre des problèmes, savoir-être (capacité à développer des relations) pouvant être mis à la disposition des chercheurs. Alors, la démarche de l'équipe est de mobiliser et de valoriser ces « *savoirs issus de l'expérience avec lesquels l'individu agit au niveau local* » (Gobatto et Tijou Traoré, 2011), et qui constituent une condition de réussite pour le projet. Ce qui sans doute favorise aussi l'expression d'un potentiel ou d'un facteur humain qui apparaît pour Boyer et Equilbey (1990), « *comme un facteur de succès dans la mise en œuvre du changement* ». Comme l'a su bien indiquer Boyer (1992), cette mobilisation est nécessaire à toute démarche de projet qui a pour rôle la « *valorisation de la ressource humaine et de motivation par la prise de conscience de la contribution de chacun* ». Cela permet à ces acteurs de faire parler leur influence sociale.

- **Les critères d'influence sociale ou de facilitation sociale**

Pour l'équipe, les relais communautaires doivent disposer de la capacité d'exercer une influence sur la population. Il s'agit d'un critère essentiel pour l'équipe du projet en raison de la sensibilité de l'objet d'études et des cibles visées. Il a été mis en évidence dans le premier verbatim concernant les critères. L'informateur indiquait : « *on avait besoin des gens du milieu qui*

pourraient nous accompagner sur le terrain et qui ont une influence sur la population ». Alors, il faut comprendre dans ce cadre que l'influence est un phénomène complexe et multiforme. Dans ce projet, elle s'exprime de manière implicite comme la facilitation sociale.

Les critères énumérés ci-dessus ont permis d'identifier deux groupes de relais communautaires. Il y a ceux qui sont intégrés à l'équipe ayant réalisé les inclusions sur le terrain et ceux qui sont chargés d'identifier les participantes potentielles au projet. Quatre acteurs principaux ont été impliqués dans le choix de ces relais communautaires. Il s'agit de : le personnel de santé en poste, l'équipe du projet elle-même, un relais communautaire membre COGECS et les chefs de village. La démarche d'identification des relais diffère suivant la catégorie concernée.

3.2 Identification des relais communautaires

- **Relais intégrés à l'équipe de terrain**

Les relais intégrés à l'équipe de terrain sont au nombre de deux. Il s'agit d'un relais communautaire membre COGECS très actif au centre de santé de Sô-Ava et d'un conducteur de barque motorisée convertis pour la circonstance en relais sur le projet. Tous les deux ont été identifiés et intégrés à l'équipe au début du projet avant les premières sensibilisations en octobre 2013. La collaboration entre le personnel de santé en poste notamment, les sages-femmes et l'équipe elle-même a été déterminante dans l'identification et la sélection de ces acteurs. Selon les informations reçues, l'équipe s'est approchée des sages-femmes en poste qui, à leur tour, les a mis en contact avec le relais membre COGECS. La procédure est la suivante :

« pour le choix des relais, on a demandé aux sages. On avait demandé à la maternité ici si on pouvait discuter avec les relais. Comme KF était un peu impliqué dans la gestion du centre de santé, les sages nous ont directement mis en contact avec lui » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

Cette procédure trouve sa justification dans le fait que, la recherche sur l'homme est une activité très sensible. Elle ne peut qu'être menée en collaboration avec des personnes qui détiennent une certaine connaissance pouvant contribuer à la bonne exécution des tâches afférentes. Dans ce cadre, les prestataires de soins notamment, les sages-femmes constituent un levier important sur lequel s'est appuyée l'équipe du projet pour opérer ce choix. De plus, celui qui a été contacté est très impliqué dans la gestion du centre de santé et dans d'autres projets à Sô-Ava.

Le second relais communautaire qui est un conducteur de barque motorisée quant à lui, a directement été identifié par l'équipe du projet. Il était chargé de conduire l'équipe du projet et

s'intéressait aux activités. Il a été choisi du fait de cette proximité avec les membres de l'équipe du projet. Il n'avait auparavant joué le rôle de relais. Mais il a été converti en relais communautaire, un rôle qu'il a joué jusqu'à la fin du projet. Voici présentés les détails sur son identification.

« Nous avons impliqué aussi HB ; lui il n'était pas relais. Pour HB, c'est un peu bizarre. Je pense que HB, quand on est arrivé à Sô-Ava, on avait besoin de se déplacer sur l'eau et lui, en fait, il était un peu ancré dans le système pour louer des barques. On a commencé par louer des barques avec lui et il nous accompagnait sur le terrain pour voir les gens, et, au fur à mesure, comme on a su qu'il était intéressé par l'étude pourquoi ne pas travailler avec nous mais lui, il n'avait pas vraiment une fonction de relais communautaire. C'est comme ça on a commencé par travailler avec lui » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

Du contenu de ce verbatim, on retient que les circonstances dans lesquelles HB a été impliqué dans le projet ont été particulières. Son premier rôle sur le projet a été de conduire l'équipe sur le terrain. S'étant rendu disponible et ayant manifesté son intérêt pour le projet, l'équipe a jugé de sa capacité à répondre aux attentes du projet malgré qu'il n'était pas relais communautaire.

Cette démarche est en contradiction avec la première qui voudrait que ce soit les relais communautaires qui soient sollicités. L'approche développée par l'équipe du projet n'est pas figée ; elle est flexible voire dynamique. De ce fait, on comprend qu'être relais communautaire n'est pas une condition sine qua non pour être impliqué dans le projet. Car la deuxième catégorie de relais est aussi hétérogène. L'équipe a trouvé les moyens de s'adapter aux contraintes et opportunités qui se sont offertes à elle. La démarche d'identification des autres relais est présentée ci-dessous.

- **Relais chargé de l'identification des participantes**

Au total, ils sont au nombre de dix-huit dont deux présidents COGECS et seize relais du programme Palu Alafia. Ils ont été sollicités à temps partiel par l'équipe pour répondre aux difficultés relatives à l'identification des participantes. Leur rôle principal est l'identification des participantes au projet. Le choix de ces relais communautaires a été fait par l'intermédiaire des chefs de village et le relais membre COGECS intégré à l'équipe. Ils ont été tous informés du projet au début, avant les premières inclusions. Mais leur implication réelle a été progressive sur le projet et de courte durée.

Selon les sources d'informations, les relais des arrondissements Vekky, Ahomey, et deux de Ganvié ont été sollicités au début du projet avant les premières inclusions en 2013. Alors que

ceux des arrondissements Dékanmey et Houédo ont été sollicités vers janvier et février 2014. Les huit (8) autres relais des arrondissements Ganvié 1 et 2, ont été impliqués en mai 2014. La durée d'implication de ces relais dans le projet n'était pas définie au préalable. Leur implication est interrompue si, dans une localité, leur recherche en ce qui concerne l'identification des participantes pour le projet devient infructueuse. En effet, les relais avaient pour mission d'identifier à l'avance les participantes. Dès lors que les participantes sont identifiées, ils appellent l'équipe chargée de faire l'inclusion. Cette dernière passe dans les villages où les femmes ont été identifiées pour relever leurs coordonnées et s'assurer qu'elles remplissent les conditions requises et l'inclusion à lieu. Les relais continuent leur recherche et en cas d'échec, c'est-à-dire si les relais ne trouvent plus d'autres participantes, leur implication est interrompue définitivement. Les relais qui ont eu une durée relativement longue sur le projet sont ceux de Ganvié. Ils ont fait environ quatre (4) mois, c'est-à-dire de mai à août 2014 soit un mois avant la dernière inclusion. Selon les propos tels que rapportés, ils ont été identifiés par la démarche ci-dessous décrite :

« chez nous là-bas, (...), nous avons 11 quartiers or tous les chefs de village avaient été appelés en ce moment-là [pour une réunion]. (...) Et après avoir fait la formation avec les chefs de villages, on a dit à ces chefs de village de trouver au moins une personne de leur zone qui serait le relais de cette communauté » (RC1, Ganvié 2, 08 09 15).

En complément aux informations reçues du premier, un autre relais communautaire déclare :

« c'est par KF que nous avons été contactés. Il travaille avec nous sur le projet Palu Alafia et comme lui il a trouvé le projet là, il nous a informés que tel projet-là qui est en cours, si cela arrive il va nous impliquer ; on lui a dit oui nous-mêmes on a accepté. Et c'est au moment où cela est arrivé qu'on nous avait impliqués et nous-mêmes on a commencé. » (RC4, Ganvié2, 09 09 15).

Un autre informateur renchérit :

« (...) nous on travaillait déjà avec KF et lui il a déjà impliqué nos noms et les chefs de village ont déjà compris que les six personnes là, ils ont déjà réservé leur place et eux ils ont amené encore 5 autres » (RC5, Ganvié 2, 09 09 15).

Du contenu de ces propos, on note dans le premier verbatim que l'équipe voudrait s'appuyer sur les chefs de villages pour faire le choix des relais. Mais dans la réalité, il y a eu des écarts. Selon les témoignages de la majorité des relais, c'est KF qui les a contactés. De ces informations, il convient de relever que les négociations avec les relais en vue de leur probable implication dans le projet se sont faites avant même le démarrage des activités. C'est bien l'information essentielle à retenir du troisième verbatim. Mais, il faut reconnaître que ce sont des personnes qui travaillaient ensemble et KF reconnaît la capacité de ceux identifiés, à

répondre aux exigences de l'étude. Une étude menée par Oumarou (2013) au Niger sur un projet de l'Unicef, avait mis en évidence un processus similaire. Dans cette étude, ce sont les communautés elles-mêmes qui identifient les relais. Elles définissent en lieu et place des critères préalablement établis par l'Unicef, d'autres à partir desquels elles identifient les relais. Les arrangements relevés sur le projet PlacMalVac ont été aussi observés au Niger à la différence qu'aucune possibilité n'est donnée à l'équipe du projet Unicef de remettre en cause le choix des personnes identifiées par les communautés.

L'enquête a révélé que seulement trois femmes sont représentées sur les dix-huit relais identifiés, alors que les cibles du projet sont des femmes. Des trois, une a abandonné un peu plus tôt. Oumarou (2013) a relevé également cette sous représentativité des femmes au sein des relais communautaires au Niger. L'argument est que les femmes, pour jouer ce rôle, doivent en demander la permission à leur époux. Cela pose d'une part, le problème de rigueur et des critères d'identification et de choix des relais et d'autre part des problèmes de communication sur les objectifs du projet. Donc aux critères définis par l'équipe, une attention particulière pourrait être portée sur les femmes en vue d'une meilleure compréhension et de communication. A ces problèmes identifiés, s'ajoute l'inégalité observée en ce qui concerne la répartition géographique de ces relais communautaires. Sur sept arrondissements, les arrondissements de Ganvié 1 et de Ganvié 2 ont fourni onze relais communautaires contre trois pour Houédo, deux pour Dékanmey, un pour Ahomey et un pour Vekky. Or Vekky est le plus grand arrondissement de Sô-Ava.

Cette concentration des relais à Ganvié s'explique par le fort taux de participation des femmes dans ces arrondissements. Mais cette forte participation n'a pas été maintenue jusqu'à la fin du projet. C'est bien dans ces deux arrondissements que le projet a enregistré un taux élevé de refus des femmes. Ce constat suscite des interrogations sur l'efficacité des relais dans ces zones. Les relais identifiés à le projet, qui sont-ils réellement ? Pour mieux les connaître il est important de décrire leur profil.

3.3 Profils des relais communautaires et expériences antérieures

La description qui est proposée ici prend en compte l'âge, la situation matrimoniale, l'appartenance confessionnelle, la situation professionnelle, le niveau d'instruction, l'expérience antérieure des relais communautaires.

Les relais communautaires impliqués sont au nombre de 20 et sont de la tranche d'âge de 32 à 43 ans. Ils sont tous chrétiens, mariés, habitent les villages d'où ils ont été identifiés et parlent la langue *tɔfin*. Ils sont de professions diverses : menuisier, photographe, agent BTP, pêcheur, vendeuse, revendeur d'essence, instituteur, guide touristique à l'embarcadère d'Abomey-Calavi, cultivateur. Tous savent lire et écrire. Leur niveau d'instruction est compris entre le CM2 et la classe de terminale.

Des vingt relais rencontrés, dix-sept sont sollicités par le projet CRS/Palu Alafia depuis 2007 pour certains et 2009 pour d'autres soit, environ sept à huit années d'expériences en tant que relais communautaire. Mais avant le projet Palu Alafia, certains d'en eux étaient sollicités depuis 2005 par des ONG pour mener des activités communautaires. Ils disposent d'un capital d'expériences et, le fait qu'ils soient toujours en activité leur permet de se rendre disponible pour travailler avec les membres du projet PlacMalVac. Leur rôle sur Palu Alafia consiste en la prévention et la promotion de la santé. Ils font les sensibilisations des mères d'enfants, les visites à domicile et la prise en charge des enfants de 6 à 59 mois pour le paludisme simple. La prise en charge consiste, en cas de survenance d'une fièvre, à faire l'enveloppement humide, à réaliser le test de diagnostic rapide (TDR) et à administrer le CTA lorsque le test est confirmé positif. La réalisation du TDR a commencé en 2014. En cas de persistance de la fièvre, ils réfèrent les enfants vers le centre de santé pour une prise en charge par l'agent qualifié.

Certains de ces relais étaient intervenus sur différents projets. Ainsi, pour la lutte contre le paludisme conduit par l'ONG CAEB, ils étaient impliqués dans l'assainissement de leur localité, la pose de grillage et ils utilisaient les feuilles de "neem" pour chasser les moustiques. Ils sont intervenus aussi sur les activités liées au Paquet Minimum d'Activités en Nutrition (*PMA/ nut.*). En 2010, ils ont été sollicités sur le projet d'urgence de l'USAID où ils ont été chargés de la distribution de Aquatabs et de chlore pour le traitement de l'eau dans les ménages et pour le traitement de l'eau de la rivière. D'autres projets les ont associés à l'identification des tuberculeux et de leur référence vers les centres de santé. Sur ce projet, ils identifiaient les touseurs chroniques et les orientaient vers le centre médical Saint Joseph pour leur prise en charge après la confirmation des cas. Vers la fin du projet PlacMalVac, certains ont été impliqués dans d'autres projets à savoir : EVALMOUS et Terre des hommes. Terre des Hommes utilise les relais communautaires pour la prise du périmètre brachial chez les enfants de 6 à 59 mois et pour l'identification des enfants malnutris. Toutes ces expériences faites avant le projet PlacMalVac, ont fait des relais communautaires des acteurs capables d'intervenir sur

les questions de la santé de leur population. Ces relais ont été impliqués antérieurement dans au moins huit projets dans la commune de Sô-Ava. Ce parcours très riche leurs a permis de capitaliser un certain nombre d'expériences qu'ils ont mis à la disposition du projet.

Spécifiquement pour les relais intégrés à l'équipe, il est important de préciser qu'au-delà de leur expérience avec les projets, il y a une autre. Il se trouve que l'un des relais est le président de l'association des parents d'élève (APE) à l'EPP centre de Sô-Ava. Ses expériences lui ont permis d'avoir également une certaine audience sociale dans la localité. Son influence sur un certain nombre de décisions concernant les jeunes dans la commune est très remarquable. Ainsi, après son intégration à l'équipe de terrain, il a développé avec son confrère, des initiatives propres afin de participer à la construction de la démarche du projet. C'est le reflet du lien harmonieux qui existe entre son expérience sociale et les valeurs qu'il aurait incorporé dans ces différents projets. De ce fait, on voit l'expression de ses capacités qui ne sont que la résultante du processus de socialisation par les projets. Les relais communautaires, après avoir été identifiés, ont été briefés sur les objectifs du projet.

3.4 Formation des relais communautaires

Le déroulement des activités requiert que des compétences, des savoirs, des savoir-faire soient transférés aux personnes identifiées pour les réaliser. Dans le cas de figure, des formations n'ont pas été prévues et planifiées si ce n'est des réunions de présentation et d'explication des objectifs du projet et les attentes de l'équipe du projet à l'égard des relais communautaires. La formation reçue par les relais communautaires concerne certaines activités qui n'avaient pas été prévues. Il s'agit de : initiation à l'utilisation des outils de repérage (GPS), le test de grossesse, la pose de lame au cours de l'intervention.

3.4.1 Initiation théorique à l'utilisation du GPS et la réalisation du test de grossesse

L'initiation à l'utilisation du GPS et à la réalisation du test de grossesse concerne les relais communautaires qui sont intégrés à l'équipe du projet. Il ne s'agit pas d'une formation de façon formelle organisée à l'endroit des relais communautaires. Il s'agit plutôt d'un processus continu d'apprentissage sur le terrain de la recherche. Les propos ci-après éclairent sur les conditions qui ont conduit à cette adaptation.

« Il ne s'agit pas d'une formation en tant que telle hein. Ce sont de petites notions que nous leur avons donné. Les compétences qu'on leur a transféré c'est par rapport à l'utilisation du GPS, on les a formés dans ce sens. Par rapport aux GPS c'était une formation continue sur le terrain lors des inclusions de cohorte 1. On les a aussi formés à comment réaliser un test de grossesse. Ça il

faut que je précise, ce n'est pas que c'est eux qui font les tests de grossesse. Le test de grossesse ce n'est pas compliqué, on a repris l'expérience trois fois et ils ont su comment il faut lire le résultat ; ce test est facile c'est tout. » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

Du contenu de ce récit, on relève que la réalisation des tests de grossesse par les relais communautaires ne relève pas de leur domaine de compétence. Alors, il est à noter que le cadre de mise en œuvre du projet de recherche clinique est constitué par un espace de circulation des savoirs. Chaque projet, chaque étude a ses particularités. En fonction des besoins de l'étude et en fonction de ses spécificités, les compétences, les différents types de savoirs des personnes impliquées ne suffisent pas toujours pour garantir la bonne exécution des tâches.

Du fait d'un certain nombre de constats et pour résoudre quelques problèmes, l'équipe de terrain a, au cours des visites à domicile, initié les relais communautaires à la réalisation des tests de grossesse. La stratégie développée consiste en une adaptation au contexte en transférant quelques compétences essentielles aux relais communautaires pour pallier certaines difficultés. L'informateur précise les circonstances dans lesquelles les relais communautaires peuvent réaliser de telles activités.

Encadré 2 : Stratégies d'adaptation de l'équipe au contexte

On les a formés parce qu'on s'est rendu compte que dans le programme, tel que le schéma de l'étude a été conçu, c'est que la femme est suivie avant la grossesse et pendant la grossesse. Avant la grossesse, elle n'est pas du tout prise en charge. Ce n'est que lorsqu'elle tombe enceinte qu'elle est prise en charge par le programme. On s'est rendu compte qu'il y a des femmes, qui, les circonstances de découverte de leur grossesse, c'est qu'elles sont malades. En ce moment, quand c'est comme ça, on ne peut pas dire va à l'hôpital parce qu'on ne prend pas en charge avant la grossesse. On a formé les relais sur comment on fait le test de grossesse. S'ils font le test de grossesse et c'est positif, alors la femme est enceinte et on peut déjà la prendre en charge. S'ils nous disent elle est enceinte, on leur demande d'emmener la femme à l'hôpital le lendemain. On l'amène à l'hôpital le lendemain et nous on refait le test pour confirmer si elle est enceinte et elle peut bénéficier de la prise en charge. Il y a beaucoup de femmes chez qui on a dépisté la grossesse parce qu'elles étaient malades. C'est comme ça on a procédé » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

De ces propos on retient que les membres de l'équipe de recherche ne résident pas à Sô-Ava. Ils viennent pour la recherche et retournent à Cotonou où les matériels de laboratoire sont installés. La collecte de données se fait à Sô-Ava, la prise en charge des femmes aussi mais le traitement des objets biologiques se fait à Cotonou. A en croire l'informateur, c'est à la survenue d'une maladie que la grossesse est dépistée chez les femmes. Or les membres de l'équipe habilités à faire le test sont en dehors du lieu de résidence des malades. La stratégie de l'équipe relève alors de la responsabilisation des relais communautaires pour faire le test de

grossesse de façon circonstanciée et ce, en cas de besoin. En dehors des tests de grossesse, les relais communautaires ont été formés à la pose de lame.

3.4.2 La pose de lame

Les relais communautaires estiment n'avoir reçu à titre exceptionnel une formation sur leurs activités au sein de l'équipe. Mais ils reconnaissent qu'une formation sur l'apposition placentaire a été faite à l'équipe de la maternité de l'hôpital de zone. Un des deux relais communautaires présent sur les lieux en a bénéficié. Il décrit le processus.

« Sur PlacMalVac, on n'a pas reçu de formation hein. Mais si je peux dire quelque chose là, je peux dire que j'ai reçu une formation sur PlacMalVac au moment où on a formé les sages de la maternité à l'hôpital de zone pour pose de lame au niveau du placenta et j'ai suivi la formation là. C'est que tout juste après l'accouchement des femmes, il faut une pose de lame au niveau du placenta et on va amener la lame au labo » (RCPlacMalVac, 26 08 15).

Ces propos montrent que les relais communautaires n'ont pas été préparés à réaliser certaines activités comme les tests biologiques qui sont importants pour le projet. Selon l'informateur, on l'a autorisé à suivre cette formation parce que c'est lui qui gère les femmes référées vers les hôpitaux ayant un plateau technique requis pour répondre à certains besoins. Donc au cas où les agents de santé ne seraient pas disponibles à réaliser cette tâche qui ne se faisait pas, le relais communautaire accompagnant de la femme puisse le faire pour le projet.

Dans le projet, les relais communautaires ont été initiés à la réalisation de certaines activités qui ne relèvent pas de leur domaine de compétence. Il s'agit d'une stratégie d'intégration des acteurs communautaires à l'équipe. Cette mesure vise à rendre souples les règles qui régissent la conduite des activités sur le terrain. Par ce processus d'apprentissage continu ou de socialisation, l'équipe développe des interactions visant à établir la confiance mutuelle entre ses membres, à favoriser l'implication des relais communautaires et étendre cette confiance aux participantes.

Réfléchissant sur les formes d'implication dans le contexte des PvVIH, Couderc et Desclaux Sall (2012 : 351) proposent de prendre en compte celle de la gestion des aspects sociaux de la recherche, pour laquelle les relais communautaires sont déjà responsabilisés dans le projet. Pour ces auteures,

« cette dimension est essentielle car elle permet de construire une relation de confiance entre les intervenants communautaires et les participants potentiels de la recherche. En instaurant cette relation de confiance et en étant à la disposition des PvVIH, (...) pour répondre à leurs préoccupations vis-à-vis de l'étude et/ ou vis-à-vis de leur quotidien ; cette fonction permet, in extenso, d'améliorer la qualité de la recherche dans le sens où ces participants potentiels sont connus et accompagnés. Cette relation de confiance représente un travail quotidien, qui devra être maintenu tout au long du suivi » (Couderc et Desclaux Sall, 2012 : 351-352).

Des faits importants ont été relevés en ce qui concerne le déroulement des activités. A travers tout le processus décrit, l'enquête met en relief une certaine cohésion au sein de l'équipe. Un esprit d'équipe marqué par la solidarité, l'entraide, le partage de connaissance et la communication, s'est installé. Ce qui pourrait être à la base de l'efficacité des relais communautaires sur le terrain. Comment les relais ont-ils compris le projet ? Quelles sont les modalités de leur implication ? Ces différentes questions sont abordées dans la section présentées ci-dessous

3.5 Connaissance et compréhension du projet

Tous les relais communautaires rencontrés connaissent les objectifs du projet. Ils relèvent dans les entretiens ce dont ont besoin les membres de l'équipe de terrain. C'est-à-dire avoir des femmes nulligestes pour participer à la recherche. Mais certains d'entre eux ignorent les pratiques de prélèvements qui se font tous les mois sur les femmes et les prélèvements sur le placenta et le sang du cordon. Ils déclarent avoir été surpris lorsque les femmes reviennent leur dire qu'à la naissance de l'enfant le placenta est prélevé. Ces faits qui ont été évoqués posent des problèmes de formation et de communication qu'il faudra prendre en compte pour un meilleur déroulement du processus. Par contre, d'autres présentent les étapes que doivent suivre les femmes dans le projet. Les propos ci-après témoignent de la connaissance qu'ils ont du projet.

« Ils avaient dit qu'ils voulaient travailler avec les femmes, c'est-à-dire celles-là qui veulent avoir d'enfants mais qui n'ont pas encore fait d'enfants. Ils vont commencer à travailler avec elles dès le début ; ils vont suivre ce couple qui veut commencer à faire des enfants jusqu'à ce que la femme tombe enceinte. Ils vont la suivre jusqu'à son accouchement et ils vont suivre la mère et l'enfant jusqu'à ce que l'enfant ait six mois avant qu'ils ne les laissent et tout ça-là va se faire gratuitement ; ils vont leur donner aussi l'argent du transport. Nous avons accepté travailler avec eux pour leur trouver ces femmes » (RC3, Ganvié1, 09 09 15).

Du contenu de ces propos, on note que les relais ont une bonne connaissance du critère principal d'inclusion des femmes (n'avoir jamais eu de grossesse antérieure et avoir le désir de maternité). Les informations reçues des relais communautaires comportent quelques biais en ce

qui concerne la prise en charge des femmes et des enfants. Un relais communautaire déclare en ce qui concerne sa connaissance du projet ce qui suit :

« ils veulent prendre les femmes en âge de chose là, les femmes qui ont déjà 18 ans. Les femmes qui ont déjà nouvellement leur mari là qu'ils veulent les prendre en charge. Et si ils prennent ces femmes en charge et elles arrivent à accoucher, les enfants aussi qu'elles vont faire naître là ils vont les prendre encore en charge pendant six mois. Ça a été dit. Ils vont donner les nécessaires qu'il faut à ces enfants-là ; leurs habillements tout ça là ; ça a été dit à la formation » (RC4, Ganvié, 09 09 15).

Dans cet entretien, l'informateur a mis l'accent sur la tranche d'âge de femmes concernées par l'étude. Les avantages auxquels les femmes ont eu droit dans le projet sont mentionnés. Toutefois, en dehors des deux relais qui sont intégrés à l'équipe, les autres n'ont pas pu donner les critères suivant les concepts utilisés. On relève chez ces informateurs que les concepts de nulligestes ou de femmes en âge de procréer n'apparaissent pas dans leurs discours. Mais ils arrivent à dire l'essentiel de ce qu'ils ont retenu. Par rapport aux pratiques de prélèvements, les propos ci-après sont retenus :

« (...), si on arrive à trouver ces genres de femme, on leur dit de rester à jeun. De ne rien manger avant de venir au centre de santé de Sô-Ava. Et arrivée là-bas on leur prend leur sang, leurs selles, l'urine, on arrive à faire l'analyse de tout ça. Alors, si tout est négatif, le projet continue avec elles mais si c'est positif, si la femme a déjà conçu, on l'abandonne. Mais pour l'abandonner aussi, on lui donne son déplacement qui est 1500f » (RC5, Ganvié, 09 09 15).

En dépit des petites incohérences qui pourraient être liées au temps entre le moment des sensibilisations, de l'identification des femmes et le moment de l'enquête, il faut retenir que les relais communautaires connaissent les différentes étapes, c'est-à-dire des conditions d'inclusion jusqu'au suivi des participantes. L'implication d'un acteur dans une activité suppose l'adhésion aux conditions de mise en œuvre et la prise en compte des avantages afférents par ce dernier.

3.6 Modalités d'implication des relais communautaires

L'implication des personnes dépend fortement de leur adhésion et des opportunités (rétribution) qu'elles y voient.

3.6.1 Adhésion des relais communautaires

Pour avoir l'adhésion des relais communautaires, l'équipe du projet a mis à contribution, les responsables de formations sanitaires, les chefs de village et un relais communautaire ayant une maîtrise du terrain de la recherche. Ces acteurs, sans moindre mesure arrivent à convaincre les

autres relais communautaires. Comme ils l'ont fait savoir dans les entretiens, ils ont accepté de travailler avec l'équipe du projet. Voici ce qu'en dit un relais communautaire.

« Ils avaient touché le major du centre de santé qui à son tour nous avait invités pour tout nous expliquer et nous avons tous accepté. C'est notre major et il ne peut pas nous inviter pour n'importe quoi. On a déjà travaillé sur d'autres projets avec lui » (RC2, Ganvié1, 09 09 15).

L'implication des responsables de formations sanitaires dans le processus de choix des relais communautaires a été déterminante pour avoir l'adhésion des relais communautaires. Le seul point de disgrâce est relatif aux modalités sur lesquelles ils ont été payés. Les relais communautaires intégrés à l'équipe ont eu un contrat. Mais les autres non. Un responsable de l'équipe de terrain dit ce qui suit.

« Ils ont des contrats du coup euh ! Enfin pas tous mais on s'est dit pour que ce soit plus intéressant et on l'a déjà promis c'est mieux d'avoir un point focal qui va diffuser l'information après qu'on a contractualisé deux personnes qui sont parmi les relais et qui jouaient le rôle central voilà. Après, le reste, il n'y avait pas de contrat bien formel. On les payait à base de services rendus sur place » (MedPlacMalVac, 12 02 16).

Le contenu de ce discours montre que les relais communautaires n'ont pas eu le même traitement. Comme les deux relais communautaires de l'équipe travaillent à plein temps sur le projet et accompagnent l'équipe sur le terrain, ils ont été contractualisés. Les autres ont travaillé à temps partiel et au besoin. Le service rendu est payé surplace. Mais il faut dire qu'ils n'ont pas été satisfaits du fait qu'ils n'aient pas de contrat formel.

D'après Thévenet (2002), il existe deux composantes essentielles de l'implication au travail que sont l'adhésion et l'opportunité. Prenant le cas d'une entreprise, l'adhésion suppose qu'il faut qu'il y ait information / communication des buts et des valeurs du projet à la personne, que celle-ci y soit sensible. Les opportunités correspondent à ce qu'on propose à la personne qui puisse répondre à ses attentes. Il y a donc une notion d'attente de la personne vis-à-vis du travail et ce qu'elle perçoit de ce qu'on lui offre et qui va contribuer à l'estime de soi. « *L'adhésion et les opportunités constituent donc les conditions de l'implication, et ceci dans un processus permanent* » Thévenet (2002).

Tout engagement dans une activité implique des motivations quelle que soit sa nature. En ce qui concerne les relais dans le projet, cette motivation est liée à une rétribution matérielle et à une rétribution symbolique.

3.6.2 Rétribution matérielle : contractuelle et libre

Depuis 1977, Gaxie a ouvert la voie à l'analyse des rétributions individuelles de l'investissement dans le militantisme politique en France. Par la rupture qu'il a opérée quant au militantisme désintéressé, il a orienté l'interprétation vers une analyse qui considère deux types de rétributions de l'engagement. De ce fait, la notion de rétribution renvoie à du « matériel » et à du « symbolique » et recouvre donc des éléments très hétérogènes : « *l'attachement à la cause, la satisfaction de défendre des idées, constituent ainsi des mécanismes de rétribution de l'activité politique au même titre que la rémunération financière ou l'obtention d'un emploi* » (Gaxie, 1977 : 125). En restant dans ce schéma d'analyse, les rétributions à la fois matérielles (rémunération) et symboliques liées à l'implication des relais communautaires sont présentées et discutées. La rémunération accordée aux relais communautaires pour leur implication diffère d'une catégorie à une autre. Certains sont sous contrat et d'autres non.

3.6.2.1 Rétribution contractuelle

Dans le monde du travail, toute action nécessite une récompense. Conformément à leur cahier de charge, les relais communautaires intégrés à l'équipe du projet ont eu un contrat de travail. Il leur est accordé une rémunération mensuelle de 50000 F. Ils bénéficient également d'autres avantages en cas de nécessité. Les réunions, le suivi des patientes lors des références sont traités autrement. Chaque relais communautaire perçoit 2000F par référence en plus des frais de carburant.

3.6.2.2 Rétribution libre

Les relais communautaires ayant fait l'identification des participantes n'ont pas de contrat sur le projet. Ils sont rémunérés au prorata de femmes identifiées. Mais ils ne l'entendent pas de la même façon. Les enjeux sont moins la réussite du projet. Les intérêts économiques étaient mis en avant. C'est d'ailleurs pour cette raison que les modalités de rémunération ont été revues.

« Au début quand on a sollicité les relais communautaires, on leur payait 500F par femme identifiée. Au fur et à mesure qu'on évoluait, les relais de Ganvié se sont révoltés et ont demandé que cette somme payée soit revue à la hausse sinon ils laisseraient le travail. L'équipe a résisté un peu mais elle était obligée de convoquer une réunion le 31 mai 2014 ; date à laquelle les relais ont exigé qu'on leur paye 5000F par femme. De négociation en négociation nous avons convenu de leur payer plutôt 2000F par femme. Finalement ils ont accepté. Mais pour les autres relais qui ne sont pas de Ganvié, il était convenu de leur payer 1000 F par femme » (Infirmière PlacMalVac, entretien par téléphone, 23 11 15).

Au sein de la même catégorie d'intervenant, on relève une certaine disparité en ce qui concerne la rémunération. Cette façon de procéder est parfois justifiée par le fait que Ganvié est sur l'eau et le transport paraît difficile et n'est possible que par barque. Les autres villages possèdent de terre ferme et le déplacement peut être fait à pied. En réalité le montant payé n'est pas bien apprécié des relais communautaires par comparaison à leurs expériences passées. L'un d'entre eux s'insurgeant contre l'équipe du projet déclare :

« au moment où on nous a parlé, tout le monde a accepté de travailler avec eux et on avait fixé des prix que si tu trouves une femme c'est 1500F qu'ils ont dit non ou bien 2000. Donc ils nous ont dit ça et nous avons dit que c'est peu comment tu vas ramer et parler à une personne jusqu'à un moment donné et tu vas 2000 que c'est peu. On a crié, ils n'ont pas ajouté et on a dit qu'il n'y a pas de problème » (RC7, Ganvié, 00 09 15).

Un autre renchérit

« ils n'ont pas signé un contrat pour nous. S'ils ont signé un contrat on sait que si on fait le travail jusqu'à tel mois on prend telle somme. Ils n'ont pas signé ça donc ils ne payent rien, ils ne font rien. Si tu ne trouves pas de femmes tu ne prends rien, tu ne perçois rien et encore si on sort avec eux tu prends le déplacement 2000F tu signes et tu prends ça. Mais à travers d'autres projets ce n'est pas comme ça. On a un contrat à signer et on travaille avec eux. Si c'est avec d'autres projets on travaille, même si tu ne trouves pas de femmes et tu travailles tu perçois » (RC6, Ganvié 2, 08 09 15).

Par rapport à ce qu'ils gagnent sur le projet Palu Alafia, un autre répond :

« sur l'autre projet on prend au minimum 28.000f et maximum 30.000f pour les trois relais. C'est parce que le projet n'a plus d'argent, sinon avant mensuellement, on prenait 32.000f nous les trois membres de l'OCB » (RC8, Ganvié, 08 09 15).

De ces propos, on note que l'idée ici, c'est qu'ils travaillent des fois et n'identifient aucune femme. Or, ils auraient laissé leurs activités pour se consacrer à la recherche de femme. De ce fait, le contrat était important pour eux. C'est la façon de leur garantir quelque chose et de compenser les pertes de journées entières au cas où ils ne trouveraient pas de femmes pour le projet. Ce qu'ils gagnent sur ce projet leur est insignifiant.

Ainsi, la disparité observée en ce qui concerne leur rémunération a produit des mécontentements. Ceux-ci sont liés à la perception que les relais communautaires ayant réalisé l'identification des participantes ont de la motivation des deux autres intégrés à l'équipe. Ces rapports n'ont pas eu trop d'influence sur le projet. Mais les avantages perçus par rapport à la rémunération ont suscité des mécontentements. Un intervenant raconte ce qui suit.

« Nous on n'a pas de contrat. Ils ont de contrat avec ceux qui travaillent avec eux, les barquiers et autres mais pas avec nous les relais communautaires. Même nous, on avait voulu revendiquer ça au début puisqu'on s'était dit mais avec tout ce qu'on faisait, on dépensait pour la

communication pour pouvoir joindre les femmes. Des fois nous on attaque Florent et on lui dit mais toi tu es trésorier et tu es payé deux fois. On a tiré beaucoup mais comme moi je ne tire pas assez là. Mais HB lui il était le barquier. Ils sont traités de manière spéciale parce que les deux mille francs là c'est eux qui payent ! « A ma mɔ fi éda dɛa éda ɔ gbɔ du mɔ kpo'ŋ » (si tu n'as pas vu là où on a préparé, si on prépare mange seulement) » (Pdt COGECS, Houédo, 09 09 15).

Ces propos mettent l'accent sur les disparités par rapport à la rétribution des relais communautaires. Certains d'entre eux pensent que les autres sont traités de manière spéciale. Mais ils se sont résignés. Il faut aussi noter qu'ils ont été sollicités de façon ponctuelle pour répondre au besoin d'identification des participantes. Malgré les mécontentements, ils ont collaboré à la mise en œuvre de l'étude

Pour le compte du projet, les observations sur le terrain mettent en évidence, un engagement ferme et accru des relais communautaires qui, de par leur capacité, ont travaillé même au-delà des jours ordinaires. Ils ont développé des stratégies propres pour le recrutement et pour maintien des femmes dans le projet. Mais la rémunération qui leur est proposée leur paraît insatisfaisante.

Si l'on s'accorde sur le principe que ces rémunérations constituent en quelque sorte leur mérite pour s'être engagé dans le projet, il se pose une question fondamentale. Il s'agit de celle relative au calcul exact du coût de prestation. A partir d'une analogie entre mérite et rétribution Girardot (2014), en vient à la résolution que cette rétribution doit être exactement mesurée. Il écrit à ce propos que

« la notion de mérite telle qu'elle se systématisait actuellement nous enferme dans une logique de la rétribution, car elle tend à imposer l'idée que la justice exige de donner à chacun selon l'exacte mesure de la mise en œuvre de ses qualités et compétences. Elle nous installe ainsi dans la conviction que l'action rationnelle est orientée par l'attente de cette rétribution exactement mesurée » (Girardot, 2014).

Les résultats obtenus dans le cas d'espèces ne s'accordent pas avec cette réflexion. Car, le coût humain et certaines dépenses auxquels font face les relais lors des références de malade ne sont pas évalués et rémunérés. La rétribution des relais communautaires n'est pas que matérielle. Elle est aussi symbolique.

3.6.3 Rétribution symbolique des relais communautaires

La notion de rétribution symbolique suppose la reconnaissance par la hiérarchie des efforts et investissements de l'individu au travail. Dans certains travaux, il est relevé que

« la demande de reconnaissance est devenue une composante essentielle de la vie au travail. (...). L'importance de la reconnaissance pour les salariés suppose une meilleure compréhension de ses

dimensions. La reconnaissance est d'abord une réaction constructive au sens où elle crée un lien à la fois personnalisé, spécifique et à court terme. Elle s'exprime dans les rapports humains au quotidien. Il s'agit aussi d'un jugement posé sur la contribution de la personne, tant en matière de pratique de travail que d'investissement personnel et de mobilisation » (Brun, 2008).

Les relais communautaires impliqués dans le projet n'ont pas échappé à cette reconnaissance par l'équipe de recherche de leur appui à la mise en œuvre et à la réussite du projet. Dans les ateliers de restitution, dans les entretiens, ces personnes mentionnent toujours l'importance de l'apport des relais communautaires à la pratique de la recherche. Cette forme de reconnaissance est intimement liée à leur engagement dans le projet.

Au-delà de ces formes de reconnaissance, il y a l'auto perception positive et la perception de la communauté par rapport aux travaux des relais sur les projets. Ces deux formes de reconnaissance ne sont pas souvent mentionnées dans les écrits. Un relais rapporte.

« Par rapport au travail qu'on a fait sur le travail, moi, à mon niveau j'ai apprécié parce que finalement moi aussi ça m'a donné beaucoup de leçon. Au niveau des urgences, j'accompagne les femmes pour aller à l'hôpital et eu beaucoup de relation. Par rapport à la gestion des médicaments, j'ai profité à cette occasion et je sais beaucoup de nom des médicaments. J'ai noté beaucoup de chose et je sais les maladies qu'on peut traiter avec ces médicaments » (RCPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

Ces propos traduisent le satisfecit du relais communautaire par rapport à son engagement dans le projet. L'avantage ici est immatériel. Le relais communautaire a gagné en connaissance et s'est fait plusieurs autres relations. En ce qui concerne la perception de la communauté, le relais communautaire a fait mention d'une expression qu'il a gardée et qu'il partage en ces termes :

« je voulais élever du poisson, j'en ai parlé à un ami qui dit "si c'est toi aucun problème ne se pose car c'est à cause de toi que les projets sont arrivés au lac" » (RCPlacMalVac, 12 02 16).

Cette expression traduit la représentation que la population a de la présence du relais aux côtés des acteurs de la recherche. La reconnaissance de la communauté vis-à-vis de ces relais communautaires qui sont des acteurs incontournables pour la réalisation des projets est manifeste. Leur parcours, leur trajectoire de participation dans les projets ont permis aux communautés de les reconnaître comme tel. Ce qui leur ouvre la porte du contact facile avec les responsables à divers niveaux et de faire profiter à leur village un certain nombre d'avantage. Ils bénéficient d'un certain nombre de privilège de la part des communautés qui les voient à l'œuvre, ce qui fait leur satisfaction. Voici présentée, une expérience vécue.

Encadré 6 : Avantage connexe dans le projet et bénéfice pour la communauté

« Mon parcours dans les projets m'a permis d'être toujours en contact avec les populations et pour cela mes gens me connaissent partout à Sô-Ava, dans tous les villages ils me connaissent. Ça ne fait pas encore trois semaines, j'étais parti à Ahomey négocié du sable pour mon école. En fait c'est parce qu'il n'y a personne à Sô-Ava ici pour aller négocier du sable là-bas et les gens vont accepter. Parce que ceux d'Ahomey ont déjà refusé. Le chef de village ne peut pas le faire. Même l'honorable est allé là-bas et ils ont refusé. Je dis que c'est par rapport aux études là que tout le monde me connaît dans le village. Maintenant, moi, je suis le président APE (Association des Parents d'Elève) dans l'école. Maintenant je suis parti là-bas, j'ai la réunion avec les grandes personnes, les responsables de culte et je suis parti. On m'a donné 72h. Je suis parti et j'ai rassemblé beaucoup de personne et je leur ai dit que je veux du sable pour la construction de l'école à Sô-Ava. Le jour-là ce n'est pas facile. A la première réunion que j'ai faite, j'ai dit que j'ai besoin de 60 voyages et ils m'ont dit non c'est impossible et ils ont ramené à 20. Mais pour la réunion de masse là ils m'ont demandé tu as besoin de combien de voyage. J'ai dit j'ai besoin de 100 voyages. Parmi la foule il y a quelqu'un qui s'est levé et a dit si c'est celui-ci là donnez-lui jusqu'à 120 voyage. J'ai fait de vendredi au mercredi et on a pris 97 voyages. Ça reste 23 voyage que j'ai vais aller chercher. Au moment où j'allais commencer les négociations, je suis passé sur le CA. Lui, je lui ai parlé et je lui ai acheté du crédit pour qu'il appelle les responsables à Ahomey pour pouvoir négocier. Devant moi, il a pris le crédit et il a appelé honorable que F est en train de négocier du sable hein qu'il n'a qu'à vite faire pour en profiter. Quand il a fait ça j'ai laissé et j'ai fait mes courses personnelles. Moi j'ai pris le sable et les gens de l'Honorable sont allés là-bas et les gens ont dit non. Ils m'ont appelé et m'ont demandé de venir vite cherche le reste du sable. A Ahomey, si tente d'aller chercher du sable là-bas, tu attends déjà la mort hein ! Parce que nous, nos sables on a déjà vendu tout. Au moment où on vendait ceux d'Ahomey nous ont dit que ce qu'on est en train de faire c'est très mauvais qu'il n'y a pas de sable, que nous aussi on a besoin de sable tôt ou tard. Voilà que le problème se pose maintenant et c'est pourquoi eux ils refusent. C'est après que l'honorable m'a appelé et j'ai dit non que je ne lui donne pas de sable et qu'il devrait intervenir au moment où les gens de Sô-Ava vendaient leur sable. Aujourd'hui je vais encore aller à Ounmey pour négocier du sable pour notre CEG. C'est parce que j'ai fait ces projets que j'ai facilité d'aller négocier des choses avec les communautés sans crainte. Les gens du bureau APE du CEG ont fait les courses ça n'a pas marché et m'ont fait appel. Moi j'ai déjà appelé les gens là-bas et ils m'ont demandé de venir prendre du sable. Au niveau des études là, tu peux demander à l'infirmière je m'amuse beaucoup avec les gens » (RCPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

Du contenu de cette histoire, la notoriété du relais communautaire dépasse les frontières de son village. Là où le député de la commune, les chefs d'arrondissement et les chefs de village échouent, lui il réussit et c'est à l'avantage du village. L'estime de soi ou le « être valorisé » constitue une force qui guide les mobiles des relais communautaires à s'investir activement dans les activités. Au-delà de tout ce que les relais communautaires ont pu faire de bien sur le projet, ils ont également entretenu des rapports conflictuels avec les participantes et leur environnement. Au regard de tout ce qui a été dit sur le déroulement du projet, le choix des relais communautaires, leur investissement et les rétributions liées au projet, la synthèse des données et les perspectives méritent d'être développées au terme de cette recherche.

Le rôle des relais, leurs investissements divers, leur participation sociale au projet, leurs stratégies de maintien des femmes sont dans le chapitre suivant.

Chapitre 4 : Participation sociale des relais communautaires et stratégies de maintien des participantes

Ce chapitre présente l'analyse de l'engagement actif des relais, leur implication voire leur déploiement dans les différentes étapes du projet. L'accent est mis sur leur rôle notamment, dans une perspective interactionniste impliquant ainsi deux assertions toutes deux complémentaires. La première renvoie à un « *modèle d'interaction entre soi et les autres* » (Cottrell cité par Rocheblave, 1963 : 301). Le soi détermine l'individu en action et les autres, les acteurs avec qui le soi interagit. La deuxième conçoit le rôle comme « *un modèle organisé de conduites, relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel* » (Rocheblave, 1963 : 306). La combinaison de ces modèles invite à considérer qu' « *un rôle se détermine socialement à la fois par l'image que ceux qui les exercent s'accordent à lui donner (auto-définition et auto-positionnement social) et par le regard que porte sur lui le reste de la société* » (Noray, 2009 : 134). L'enquête a mis en évidence plusieurs niveaux²⁷ d'interaction dont la nature est intimement liée à la nature des activités présentées dans la section suivante.

4.1 Information et sensibilisation autour du projet : acteurs, stratégies, cibles, messages, effets obtenus

L'information et la sensibilisation constituent un déterminant majeur de l'adhésion et de l'acceptabilité du projet par les cibles visées. Ces deux composantes de la communication ne sauraient être effectives que par la mobilisation et la mise en relation d'un certain nombre d'acteurs qui détiennent des savoirs et savoir-faire en la matière. Cela suppose que ces derniers ont un passé, une méthode d'intervention, un capital d'expériences accumulées dans le temps, et qui sont mis à contribution pour nourrir les enjeux actuels autour du projet. Qui sont les acteurs mobilisés dans le cadre des séances d'information et de sensibilisation ? Quelles sont les stratégies d'information et de sensibilisation priorisées ? Pour quelle finalité ?

4.1.1 Acteurs impliqués dans l'information et la sensibilisation

L'enquête a identifié deux sortes d'acteurs. Il y a ceux qui sont chargés de mobiliser les populations à savoir : chefs de village, crieurs publics et même les relais communautaires ; et ceux interviennent directement au cours des sensibilisations que sont les relais communautaires.

²⁷ Il y a l'interaction avec les membres de l'équipe du projet, l'interaction avec les chefs de village, l'interaction entre les relais communautaires indirects eux-mêmes, l'interaction avec les participantes, l'interaction avec les conjoints de participantes, les leaders religieux, l'interaction avec les communautés.

Les chefs de village ne tiennent pas un rôle majeur dans la sensibilisation mais, plutôt un rôle de mobilisateur. Ils sont pris à témoin par l'équipe car, cette dernière a besoin de justifier de l'adhésion sociale du projet. C'est cela que les relais conviennent d'un rendez-vous avec les chefs de village. Tous ensemble, ils planifient l'activité et le chef de village ordonne ensuite au crieur public de gongonner et d'informer la population de la venue d'un groupe de chercheurs qui va les entretenir sur un projet tel jour à la place publique. Ces derniers informent les populations et les invitent à la place publique pour plus de précision sur les activités à mener sur le projet. Quelles stratégies de sensibilisation ont privilégiées par l'équipe de recherche et les relais communautaires ? L'enquête a identifié deux types de stratégies à savoir : les sensibilisations de masse et les sensibilisations de proximité.

4.1.2 Sensibilisations de masse avant les inclusions

Les sensibilisations de masse ont été privilégiées au début du projet. Seuls les relais communautaires travaillant au sein de l'équipe du projet étaient mobilisés pour cette activité. Le rôle qui leur incombe sur le projet est relatif à la participation et l'organisation des campagnes de sensibilisation qui se sont déroulées sur les places publiques des localités parcourues. Dans la pratique, ils négocient les rendez-vous avec les chefs de village qui, à leur tour, rassemblent toutes les forces de la communauté pour des sensibilisations au grand public. En adéquation avec leur cahier de charges, ils ont joué le rôle de facilitateur.

A la suite des séances d'information au grand public, les relais eux-mêmes définissent d'autres lieux tels que l'église pour expliquer d'avantage le projet. Un informateur rapporte.

Le travail qu'ils nous ont confié, c'est de chercher ces couples qui n'ont jamais mis d'enfants au monde et qui avaient le désir de faire d'enfants. Quand ils nous ont dit ça, il y avait celles qu'on connaissait et qui étaient dans le besoin à qui j'ai parlé du projet. A l'église aussi, j'écrivais un papier que je remettais au secrétaire de l'église qui annonçait ça pour leur dire qu'il y a un projet ; on leur disait le lieu de rassemblement (souvent on faisait les sensibilisations sur notre place publique de Sokomey appelé « awamè »). On demandait à ceux qui sont intéressés de venir à ce lieu et ils venaient. On se réunissait aussi à l'église à la fin du culte, on demandait à ceux qui sont intéressés d'attendre à la fin du culte. Je les sensibilisais par rapport au projet. Les maris, les femmes elles-mêmes, les parents des filles venaient aussi me voir. Je leur réexpliquais le projet et ils adhéraient à ça » (RC2, Ganvié, 09 09 15)

Les lieux choisis par les relais communautaires pour informer les populations sont les églises. Le choix des églises est une stratégie pour atteindre la grande masse qui, au cours des jours ouvrables vaquent à leurs occupations respectives. C'est aussi une manière de crédibiliser le projet. Car, la parole du pasteur ou d'un responsable de l'église permet d'établir la confiance.

Dans les propos ci-dessus, il est noté que l'information est souvent passée à l'église mais la sensibilisation est faite à la place publique.

En dehors du rôle de facilitateurs, les relais ont également été utilisés comme interprètes lors des séances d'informations et de sensibilisations. L'équipe du projet délivre les messages en français ou en *fɔn* et les relais les interprètent en langue *tɔfin* aux populations présentes alors qu'ils ne sont pas des spécialistes en la matière. En effet, le domaine de la recherche en santé est celui où les activités qui sont menées peuvent être considérées comme étant des « *activités prudentielles* » (Champy, 2009), dans la mesure où elles répondent à un ensemble d'obligations éthiques. Cela signifie que les professionnels doivent faire preuve de prudence dans le choix des ressources et des moyens dont ils disposent pour mieux communiquer. Pour se faire, ils doivent tenir compte des réalités du milieu, ils doivent prendre en compte les contraintes du point de vue linguistique pour faire face aux enjeux de l'étude. Ainsi, la mise en œuvre des activités requiert la mobilisation de compétences linguistiques pour informer et communiquer avec les acteurs communautaires. Car « *l'utilisation de la langue maternelle sécurise et permet d'éviter des situations de repli ou d'agressivité voire de violence* » (Madelin, 2007 : 123).

Alors, le support linguistique approprié à la communication dans le milieu, c'est-à-dire chez les « *tɔfin nu* »²⁸, est la langue "*tɔfin*". La maîtrise de cette langue, mieux l'appropriation des concepts relatifs à l'étude par les relais, devrait permettre d'expliquer aux participantes et à leur entourage toute la complexité des activités liées aux différentes interventions sur le projet. Cela suppose en amont, l'élaboration d'un plan de communication et la transcription des messages en langue locale pour mieux communiquer avec les femmes. Cela permettrait d'anticiper sur les points qui font blocage, les nécessaires chemins pour une compréhension réciproque. Tel n'a pas été le cas. L'approche utilisée par les chercheurs et les relais communautaires s'inscrit dans une logique de « *bricolage* ». Ce qui a eu une incidence sur la suite de l'étude. Car, on pourrait signifier un échec de ces stratégies de communication, ce qui a donné naissance à des rumeurs sur l'utilisation des matériels biologiques prélevés sur les femmes à des fins inavouées. La conséquence de ces rumeurs est relative au nombre important de femmes qui ont désisté et qui se sont repliées car, les logiques de ces dernières et leurs perceptions des interventions sur

²⁸ Selon les informations reçues, cette communauté linguistique serait originaire de la région du Mono dans le sud-ouest du Bénin (ancien Dahomey). Elle aurait caché le trône (*tɔ*) de la tribu (*afin*) au moment d'une querelle de succession. Ainsi, le nom *tɔfin-nu* signifie « *personne appartenant à la lignée du groupe qui a caché le trône* ». De nos jours, les populations *tɔfin* habitent les communes de Sô-Ava et Sèmè-Kpodji, au sud du Bénin. Littéralement le terme « *tɔfinu* ou *tɔfin* » désigne une communauté sociolinguistique installée sur ou aux alentours du lac Nokoué (*nɔxwee*) au Sud Bénin. Ces personnes parlent le *tɔfin gbe*.

le projet ne sont pas en cohérence avec les objectifs de l'étude. Dans ce contexte chargé de crise de confiance et de méfiance, l'équipe du projet a dû organiser des sensibilisations de proximité en impliquant les chefs de village. Elles ont été renforcées par des initiatives personnelles des relais en dehors même des jours de travail.

4.1.3 Sensibilisations de proximité en contexte de propagation de rumeurs

Les sensibilisations de proximité sont une démarche de négociation et un processus déconstruction des rumeurs et de maintien des femmes dans le projet. Elles ont pour fonction, le rétablissement de l'équilibre des relations entre chercheurs et participantes. Elles recouvrent deux niveaux. Le premier inclut l'équipe de recherche, les relais communautaires et les chefs de village. Au cours de ces séances, l'équipe de recherche a organisé à l'endroit de la population, des séances de démonstrations sur le volume/quantité du sang prélevé chez les femmes. Les matériels utilisés sont principalement les bidons d'eau (1.5L, 1/2L, 1/4L) de possotomè et de l'eau. En réalité, il y avait une rumeur selon laquelle l'équipe prélevait à chaque consultation, un litre de sang chez les femmes. Et c'est pour remettre en questions ces fausses informations que l'équipe a organisé ces séances. En quoi consistent ces démonstrations ?

D'une part, elles consistent à montrer aux populations, que la quantité de sang prélevée chez la femme est insignifiante par rapport celle que renferme son corps. Ainsi, l'équipe remplit d'eau, quatre bidons de 1,5 L de possotomè. Ensuite, un volume d'eau d'environ 120 ml est prélevé de cette quantité totale d'eau qui est d'environ 6L. Cette quantité d'eau prélevée est présentée aux populations pour leur montrer que la quantité de sang qui est prélevée est très insignifiante pour causer quelques désagréments chez les femmes.

D'autre part, ces séances sont organisées afin de convaincre les populations de ce que les prélèvements effectués sont destinés à faire des analyses. Pour donner du crédit à ce qui se fait, les populations sont invitées à visiter les laboratoires où se font les analyses. Un relais communautaire, autrefois chargé d'identifier seulement des participantes, explique :

« ils nous ont dit d'aller voir ces femmes pour leur dire que si cette étude les étonne, elles peuvent aller là où on envoie les sangs pour faire les analyses. Ils ont dit que la femme ou le mari peut venir avec eux pour voir ce qu'on fait avec le sang et le placenta prélevés, qu'ils ne font pas autres choses avec ces prélèvements. Ils ont dit que c'est pour la bonne santé de ces femmes-là qu'ils font ça » (PCOG ECS, Ganvié1, 09 09 15).

Les relais communautaires sont devenus des acteurs interagissant avec leur environnement aux côtés de l'équipe de recherche. Cette démarche de l'équipe qui est restituée dans les entretiens

relève de la restauration de la crédibilité et de la légitimité de la pratique de la recherche. Malgré ces mesures, les rumeurs n'ont pas cessé. Ni les femmes, ni leur environnement social n'était convaincus des démonstrations qui ont été faites et attendaient l'issue de l'étude. Il faut rappeler que cette expérience n'a pas duré dans le temps.

Parallèlement aux activités de l'équipe, les relais développent aussi d'autres stratégies pour aider l'équipe à maintenir les femmes dans le projet

4.1.4 Sensibilisations de proximité comme stratégie de maintien des femmes

Dans la section précédente, l'accent été mis sur le fait que la stratégie collective de déconstruction des rumeurs n'a pas porté ces fruits, c'est-à-dire la sensibilisation de proximité organisée par l'équipe a été confrontée à des résistances. Plusieurs facteurs expliquent les résistances. Parmi les facteurs identifiés, il y a la durée de l'étude, l'expérience des femmes en ce qui concerne leur participation à des études, la nature des matériels biologiques prélevés aussi bien chez elles que chez leurs enfants, la fréquence voire la régularité des prélèvements pour ne citer que ceux-là. Cela veut dire que, la perception des personnes impliquées dans une intervention évolue en fonction du temps, du contexte et de leur expérience. Ainsi, une expérience de deux semaines sur un projet qui a fait des prélèvements ponctuels de selles, d'urine, etc. n'est pas accueillie et vécue de la même manière qu'une autre devant durer deux ans. Il y a plus de contraintes notamment, le sang, le placenta, le cordon ombilical, qui, du point de vue culturel, devraient être gérés d'une certaine façon, deviennent des objets privilégiés des chercheurs. Au vu de tout ça, les femmes se retirent du projet. L'enjeu, c'est comment faire pour qu'elles reviennent dans le projet. Car, si à la fin du projet, le nombre de femmes prévues pour que les résultats soient validés n'est pas atteint, c'est un échec pour les initiateurs.

Pour faire face à ces enjeux, les relais communautaires font intervenir leurs expertises. Ils initient des rencontres avec les conjoints de participantes ou avec les leaders religieux en vue d'amener les femmes à rester dans le projet. Voici présentée, une expérience telle racontée par un relais communautaire.

Encadré 3 : Expérience de sensibilisations de proximité

Quand je vais dans une maison, je me présente en donnant le nom de mon père d'abord parce ce que mon père est un homme connu et respecté dans notre village. Ça fait que je suis bien accepté par les communautés. S'il vous plaît Docteur, la dame qui est là par exemple (femme venue en consultation le jour de l'entretien), elle est dans l'étude. Elle est venue faire son échographie alors qu'avant elle ne voulait pas rentrer dans l'étude à cause des rumeurs. Elles sont deux participantes encore enceintes à Ahomey. Sa seconde est dans une église évangélique. Parfois je travaille les dimanches pour pouvoir rencontrer certains maris et leur expliquer l'étude. A cet effet, je me suis rendu chez cette femme pour rencontrer son mari mais la femme me disait qu'il était à l'église. J'ai été dans l'église (évangélique) et j'ai fait la messe avec eux. A la fin de la messe, j'ai rencontré l'évangéliste à qui j'ai expliqué tout ce qu'on fait dans l'étude. Il m'a demandé si le projet venait vraiment de la FSS. J'ai répondu oui en lui disant que s'il le voulait, je pouvais même l'amener vérifier cette information, mais il a dit qu'il connaît bien FSS et qu'il s'y rendra lui-même pour la vérification de cette information. A la fin de notre échange, il a demandé la fiche de consentement et le formulaire ; ce que je n'avais pas sur moi mais j'ai promis les lui amener après. Ceci a fait que la dame a adhéré à l'étude et respecte ses rendez-vous mais elle n'a pas encore accouché » (RCPlacMalVac, Sô-Ava, 12 06 15).

De la substance des informations, la logique du « fils de... » est déterminante dans la négociation des relations. Cette expérience telle que rapportée a mis en évidence l'affirmation de l'identité personnelle ou individuelle du relais communautaire, l'expression de son appartenance à une famille et les scènes d'intervention. Ce sont trois dimensions importantes qui permettent de définir l'acteur, de rendre visible l'action collective et la logique de l'action.

En effet, la position du relais communautaire en tant que « fils de ... », qui constitue son identité²⁹ lui est favorable pour l'entrée en contact avec les membres ou les personnalités de la communauté. Cette identité est aussi utilisée comme un moyen pour exercer une influence sur l'interlocuteur et pour légitimer sa présence et être accepté. Ce sont des relations de pouvoir et d'influence mutuelle qui sont mises en évidence par les acteurs en interaction. Ensuite, son identité personnelle ; une identité construite au cours de ses implications précédentes dans les projets lui a permis de développer ses stratégies propres (participation à la messe, discussion/échange avec le leader religieux à propos du projet) afin d'amener les femmes à rester dans le projet. A travers la nature des rapports sociaux entre les différentes personnes en interaction, l'action a été construite et a permis d'obtenir des effets. Cette médiation et les effets

²⁹ « L'identité est une sorte de foyer virtuel auquel il nous est indispensable de référer pour expliquer un certain nombre de choses, mais sans qu'il n'ait jamais d'existence réelle » Claude Lévi-Strauss en conclusion du séminaire qu'il a conduit sur ce thème au Collège de France (Lévi-strauss, 1979, p. 332) » (Barus-Miche et *al.*, 2002 : 174)

qui en sont constitutifs font plutôt de ces acteurs, des « actants »³⁰. Un « actant » se définit par sa faculté à agir, à avoir un poids, une intensité dans le déroulement de l'action.

Enfin, l'écoute du leader religieux lui a permis de se convaincre de la pertinence de l'étude et d'amener ses fidèles à adhérer au projet. La mise à contribution du leader religieux et sa coopération, ont favorisé non seulement l'adhésion des participantes mais, elle a aussi permis de les maintenir dans le projet. En cas de difficultés la sensibilisation est renforcée pour garder le contact avec les participantes. Ainsi, le processus ou la démarche qui a prévalu à l'obtention du résultat consacre les logiques d'action. Les informations et sensibilisations ont porté sur un certain nombre de messages clés qui ont subi des déformations ou une surinterprétation de la part des populations de Sô-Ava. Ces messages se présentent comme suit.

4.1.5 Messages délivrés et préoccupations des populations

Les informations et sensibilisations ont porté sur les objectifs et les aspects techniques de l'étude. Il s'agit des informations relatives à l'impact du paludisme gestationnel sur la santé de la mère et de l'enfant, à l'évolution de l'épidémiologie du paludisme, à l'intérêt d'une étude vaccinale, à l'intérêt des prélèvements sanguins indispensables à l'estimation de l'immunité naturelle contre le paludisme chez les primaires, pour le dosage épidémiologique et pour confirmer le diagnostic afin de mieux prendre en charge les femmes, les différents prélèvements (sur le placenta, le cordon ombilical, etc.) à l'accouchement. Ces messages sont délivrés dans un langage technique peu accessible à la population.

C'est une évidence que les concepts utilisés dans le vocabulaire de la recherche biomédicale n'ont pas souvent de correspondant en langue nationale. D'où la nécessité de faire un travail de clarification terminologique adapté avant toute action de sensibilisation et d'information pour éviter les biais éventuels. En réalité, il pourrait avoir une inadéquation dans le style de communication des activités et des actes relatifs au projet. De ces biais et interactions, naissent des présupposés qui nourrissent des fantasmes qui, pour être compris et déconstruits, nécessite de reconsidérer toute la densité et la complexité des messages adressés aux populations ; de

³⁰ *Un actant se définit par sa faculté à agir à avoir un poids, une intensité dans le déroulement de l'action.* La sociologie de la traduction de Michel Callon et Bruno Latour emprunte la notion d'actant au modèle sémiotique de Algirdas Julien Greimas pour fonder sa conception des actants. Cette notion a été reprise ensuite par la théorie des acteurs-réseaux. La notion d'actant s'inscrit dans le projet d'analyse symétrique des actions et déterminations, que les actants - en tant qu'êtres ou que choses - entraînent par leurs inscriptions dans des situations, par leurs participations au procès. *Un actant se définit par sa faculté à agir à avoir un poids, une intensité dans le déroulement de l'action.*

redéfinir des activités qui concourent à la production d'informations appropriées et favorisent la communication dans un langage accessible.

En dehors des messages relatifs aux actes auxquels ont droit les participantes à l'étude, les bénéfices directs liés à leur participation à l'étude ont été portés à leur connaissance. Au nombre de ces bénéfices on a, le remboursement du transport des femmes afin de faciliter leur mobilité pour le suivi dans les cohortes, la gratuité de la prise en charge de tous les actes médicaux au cours de leur suivi afin de faciliter leur adhésion à l'étude. L'enquête a révélé que les participants aux différentes séances de sensibilisation ne sont pas restés passifs. Selon les informations rapportées, certaines préoccupations ont été soulevées par les participants à l'issue des séances d'information et de sensibilisation. Voici un extrait.

« Les gens ont demandé ce que nous voulons faire avec leur placenta. On leur a répondu en disant que si le paludisme repose sur le placenta, ça bloque le travail du placenta parce que le placenta unit l'enfant et la mère. On fait des analyses pour pouvoir traiter l'enfant s'il naît avec le paludisme. Les gens ont aussi demandé pourquoi cette large gratuité (quand une femme tombe enceinte, on assure son suivi, son accouchement voire sa référence). Mais on leur dit que c'est parce qu'on est pauvre au Bénin et qu'ailleurs les soins sont gratuits » (RCPlacMalVac, Sô-Ava, 12 06 14).

Du contenu des préoccupations et réponses, on note que ce qui fait problèmes chez la population c'est l'usage du placenta pour le diagnostic du paludisme et la mesure de gratuité de la prise en charge des soins dans le projet. Dans les réponses, on note une imprécision. Ces réponses semblent plus ou moins artificielles. C'est bien la lecture qu'il est susceptible de faire à travers l'expression « *on leur dit que c'est parce qu'on est pauvre au Bénin et qu'ailleurs les soins sont gratuits* ». Dans les faits, la mesure de prise en charge gratuite des soins et des examens biologiques de toutes sortes et le remboursement des frais de transport vise accessibilité (financière et géographique) et la qualité des soins.

En effet, depuis quelques années (2008), une large mesure d'exemption ciblée par rapport à la césarienne et au paludisme des enfants de moins de cinq et des femmes enceintes dans le système de santé est mise en œuvre au Bénin. Malgré l'existence de cette mesure, les communautés opposent des résistances. Ces suspicions sur la gratuité montrent qu'elle n'est pas encore ancrée dans les habitudes. Les représentations autour du placenta et de la gratuité doivent être prises en compte dans les projets de recherche.

A l'issue des séances d'information et de sensibilisation, la démarche d'identification des participantes mérite d'être clarifiée.

4.2 Identification des participantes : une démarche complexe et approximative

L'identification des participantes a été faite par les relais communautaires sollicités à temps partiel. Mais au début du projet, l'utilisation de ces relais communautaires n'était pas prévue. Ce sont les chefs de village qui avaient été responsabilisés pour ça. C'est suite à l'échec du processus d'identification des participantes par ces chefs de village qu'ils ont été sollicités. Il leur a été demandé de réaliser cette activité en lieu et place des chefs de village. Il s'est agi pour l'équipe du projet d'une sollicitation hâtive et spontanée, sans préparation pour régler un problème sur le terrain. Un informateur déclare.

« (...) si on va dans un village on essaye de nous associer avec le relais du village. On passe de porte en porte mais on n'a pas fait ça pendant un long moment. Après ça on a commencé par confier le travail aux relais communautaires. On se dit que les chefs de village ont du mal à se déplacer pour aller chez les femmes pour les repérer » (InfPlacMalVac, LAMA, 14 08 15).

Le contenu de ces propos montre comment s'est déroulée la négociation avec les autres relais communautaires. Comme l'a su bien expliquer l'informateur, c'est sur le terrain que l'équipe s'associe aux relais pour identifier les femmes. Très tôt cette option a été revue. La charge a été entièrement confiée aux relais communautaires qui l'ont fait à leur manière. Les raisons qui motivent le choix des relais communautaires sont les suivantes :

« Ils ont dit que c'est parce que c'est nous qui sommes dans le village, c'est nous qui devons sensibiliser le village ; ceux du village nous connaissent ; et si on va les voir pour un problème, ils peuvent accepter, c'est pourquoi, ils nous ont associé » (PCOGECS, Ganvié, 09 09 15).

Ces informations prouvent que l'équipe du projet reconnaît à ces acteurs des qualités, des capacités, des compétences pour la mobilisation des cibles. Fort de cette reconnaissance, ils ont été utilisés comme acteurs principaux pouvant amener les populations à adhérer au projet et pour maintenir les femmes dans le projet à la naissance et propagation des rumeurs.

Par rapport à la démarche à adopter pour identifier les participantes, il était demandé aux relais communautaires de passer de maison en maison et de hameau en hameau pour savoir s'il y a des femmes intéressées par le projet. Selon les propos recueillis, l'équipe du projet est restée muette par rapport aux messages à adresser aux femmes pour obtenir leur adhésion vu que ce sont des personnes habituées à faire des enquêtes. Ce mutisme n'est pas sans incidence sur la suite du processus. Pour faire le travail, les relais communautaires ont développé leur propre stratégie. Les uns ont pris par les églises pour identifier les femmes, ce qui a été déjà décrit plus haut. Les autres sont allés dans les ménages ou dans les rues. Comme ils l'ont fait savoir dans les entrevues, ils n'ont reçu qu'une brève explication du projet. Un relais rapporte :

« Bon, est-ce qu'ils ont fait une formation ? Non ils n'ont pas fait une formation. Ils ne nous ont pas fait une réunion pour parler en quelque sorte mais à part ça là ils n'ont rien organisé comme formation et dire que allez voir telle personne et dites telle telle chose ils n'ont pas dit ça. C'est nous-mêmes à travers nos idées on leur parle, on a fait ça à notre manière » (RC1, Ganvié, 08 09 15).

Des informations restituées, on relève que le projet a été expliqué aux relais communautaires mais la précision des messages clés à adresser aux participantes potentielles a fait défaut. Ceux-ci ont dû faire à leur manière. C'est bien ce que traduit la phrase suivante « *c'est nous-mêmes à travers nos idées, on leur [participante] parle, on a fait ça à notre manière* ». Cela pose alors des problèmes de compréhension du projet par le relais communautaire lui-même.

Dans un contexte où le projet n'est pas compris par celui qui devrait porter le message à l'endroit des femmes, on relève des insuffisances dans l'information donnée à la femme. Cette manière de procéder ne permet pas de clarifier les objectifs et les attentes du projet. Elle ne peut qu'affermir les suspicions sur le projet. Cela a sans nul doute une conséquence sur le consentement des participantes. Dans ce sens, est-il relevé que le recueil de consentement qui devrait être explicite, sincère et accessible aux sujets « *est bien souvent problématique dans un contexte culturel et linguistique pluriel.* » (Chippaux, 2004 : 118). Le cheminement adopté pour identifier les femmes est divers. Un relais communautaire rapporte :

« Ce n'est pas qu'elle [la femme] va tomber en grossesse et tu vas lui parler. Pour nous on sait dans notre village ici. Pourquoi on sait ? Si tu vois une fille maintenant et tu dis que telle fille est-ce que tu as un ami, elle te dit oui qu'il y a telle personne comme son ami. Alors tu es d'accord de le rejoindre ? Elle dit oui ou elle dit non. Si elle dit oui, on dit il n'y a pas de problème. On ira voir le garçon, on le consulte. On lui parle que telle fille vient de dire telle chose comment on va faire ? Donc tu vas faire tout possible pour la prendre. S'il la prend on ira chez lui et on commence par là pour l'entraîner. Petit à petit elle tombe en grossesse et si elle tombe c'est bon pour le projet » (RC1, Ganvié, 08 09 15).

Ces propos traduisent toute la complexité et l'approximation de la démarche d'identification des participantes au projet. C'est la preuve qu'ils ont fait le travail à leur manière. L'enquête a révélé deux niveaux de négociation. Premièrement, c'est entre le relais communautaire et la femme pour avoir son adhésion. Deuxièmement, c'est entre le relais communautaire et l'homme ou l'ami de la femme. Normalement c'est la démarche contraire qui devrait être privilégiée.

Dans les propos tels que rapportés, le relais communautaire persuade l'homme de s'unir avec la jeune-fille pour qu'elle participe au projet. Dans ces conditions, l'adhésion est suscitée et apparaît comme un effet d'artifice. La femme est alors confrontée à une « participation

provoquée »³¹. Alors, l'autonomie de décision est hypothéquée par l'intervention des parents qui remettent en question la décision de la jeune fille ou du couple après les négociations.

Deux logiques se confrontent à ce niveau. D'une part, on a la conception occidentale qui suggère que la décision soit individuelle et autonome, n'engageant que la personne en situation. D'autre part, la conception africaine où la prise de décision est communautaire et engage tout le monde. A cet effet, il convient de rappeler après Hountondji, « *l'habitude ancienne de la pratique des divinations par kolas et jet de cauris divinatoires au Bénin, dans les prises de décisions communautaires et familiales* » (cité par Thalabard, 2014).

Du fait de la remise en question de la décision de la jeune fille, cette dernière subit des pressions extérieures venant de la part des parents autrefois non impliqués dans la négociation. Ces situations concordent avec le fait

qu' « en Afrique le respect de l'autonomie est confronté à trois difficultés : la perception de l'autonomie individuelle, qui s'inscrit dans un contexte culturel complexe et diversifié, la compréhension de l'information fournie par le promoteur et l'investigateur, et la formalisation du recueil du consentement. (..), l'autonomie se construit sous une forme originale (...), Chez les Wolof du Sénégal par exemple, "le nous passe avant le moi" (Sylla, 1994 : 170)» (Chippaux, 2004 :116)

Au Bénin, le contexte révèle une participation suscitée ou provoquée des femmes au projet. Dans ce cas, le temps n'est pas laissé à la femme de réfléchir et d'en discuter avec son conjoint ou ses parents. Cette démarche réduit ses possibilités. Le délai d'une semaine que devrait disposer la femme pour prendre la décision se trouve compromis. Cela a sans doute une conséquence certaine sur la compréhension qu'ont les femmes sur le projet. Les relais communautaires s'investissent également dans les activités relatives à l'inclusion des participantes. Dans ce cas, ils jouent entre autres le rôle de représentant.

4.3 Recueil du consentement et inclusions : les relais comme « représentant »

La plupart des femmes du projet ne savent ni lire ni écrire. Les inclusions se déroulent au domicile des participantes. Sur le terrain, le projet est réexpliqué aux femmes, leurs parents et

³¹ Dans le cadre de cette présentation, il ne s'agit nullement d'un projet de développement nécessitant une part active des femmes dans la l'atteinte des objectifs du projet. La participation dans ce contexte découle du principe de prendre part de façon passive à l'étude. Il est question de « participation comme état », être bénéficiaire plus ou moins passif » (Vergniory, 2011). Il est vrai que Meister (1966) a utilisé le concept de participation provoquée dans le contexte des projets de développement. Pour lui, cette forme de participation a, une « fonction de changement social par adoption de comportements jugés désirables par les animateurs extérieurs. Il s'agit de « susciter la participation dans des cadres et pour des activités au départ non définies par les participants eux-mêmes » (cité par Gagnon, 1970 : 226).

leurs conjoints en langue *tʃfin* par les relais communautaires. Ils participent à l'administration du formulaire d'information, signent en tant que témoin la fiche de consentement et réalisent des tests de grossesse. Voici présentée une information rapportée par un relais communautaire.

« Si la femme sait lire, elle le fait ou elle met son empreinte. Il y a aussi un témoin qui signe le consentement éclairé. Ce témoin est soit son mari ou un membre de sa famille. Et si les parents ne sont pas présents, nous [relais] pouvons représenter ses témoins » (RCPlacMalVac, Sô-Ava, 12 06 15).

Du contenu de ce verbatim, on relève qu'en cas de nécessité, ils jouent le rôle de « témoin » lors du recueil du consentement éclairé conformément aux recommandations éthiques (Déclaration d'Helsinki, 2013)³². Ils représentent les femmes en lieu et place d'un membre de la famille ou du conjoint. Il a été observé sur un nombre important de fiches leur nom et leur signature.

Lorsqu'on confronte les faits aux recommandations, on se rend compte que ce rôle de témoin s'écarte de la réalité en ce qui concerne l'article 27 (Déclaration d'Helsinki)³³. En effet, il est prévu qu'en contexte de dépendance où le consentement peut être donné par contrainte, il faille solliciter une personne complètement indépendante de cette relation de dépendance. Dans ce projet, les relais communautaires sont dans une posture qui ne facilite pas un consentement libre de toute relation d'indépendance encore que, dans certains cas les participantes sont leurs parentés. Ceci impose des réajustements en ce qui concerne ces règles. Les relais ont également joué un rôle important dans les visites à domicile.

4.4 Visites à domicile et identification des domiciles des femmes

Les femmes du projet habitent loin du centre de santé de Sô-Ava où se fait leur suivi. Au-delà de cette contrainte, elles n'avaient pas l'habitude d'aller régulièrement au centre de santé pour les consultations prénatales. Dans ce cas, pour un suivi régulier et effectif des femmes, les relais communautaires sont sollicités pour les visites à domicile, la prise de contact, le rappel des

³² L'article 25 de la déclaration d'Helsinki stipule « La participation de personnes capables de donner un consentement éclairé doit être un acte volontaire. Bien qu'il puisse être opportun de consulter les membres de la famille ou les responsables de la communauté, aucune personne capable de donner un consentement éclairé ne peut être impliquée dans une recherche sans avoir donné son consentement libre et éclairé » (Déclaration d'Helsinki, 2013 : 5).

³³ Selon l'article 27, « lorsqu'il sollicite le consentement éclairé d'une personne pour sa participation à une recherche clinique, le médecin doit être particulièrement attentif lorsque cette dernière est dans une relation de dépendance avec elle ou pourrait donner son consentement sous la contrainte. Dans ce cas, le consentement éclairé doit être sollicité par une personne qualifiée en la matière et complètement indépendante de cette relation » (Déclaration d'Helsinki, 2013 : 5).

rendez-vous, l'identification du domicile des femmes. Dans ce cadre leur rôle d'interface s'exprime. Un membre de l'équipe de terrain rapporte.

« (...) On avait besoin d'eux [relais communautaires] dans la gestion des visites à domicile, la gestion des urgences. On avait aussi besoin d'eux pour passer les informations aux femmes. Dans notre étude je ne sais pas quel genre de définition je vais donner à relais communautaire. Moi je peux dire que le rôle que jouaient les relais c'est vraiment « l'interface » entre la population et nous » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

La justification donnée à ce rôle d'interface est présentée ci-dessous.

« Je sais qu'on ne peut pas dire qu'une femme a rendez-vous et l'infirmière et moi nous allons quitter Cotonou et venir lui dire ah ton rendez-vous c'est demain hein. Donc on passe plutôt par les relais qui chargent la commission à la femme pour lui dire n'oublie pas ton rendez-vous tu dois venir au centre de santé. L'autre chose aussi c'est que le relais communautaire nous facilite l'accès dans la communauté, pour identifier les domiciles des femmes, ils sont dans la zone et ils maîtrisent la zone tout ça. Ils nous aidaient à prendre contact avec les gens » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

Ici, le rôle d'interface des relais communautaires est mis en valeur. Leur investissement personnel dans toutes ces activités a permis à l'équipe d'avoir un accès facile à la communauté. L'un d'entre eux décrit la manière dont se font les visites à domicile.

« Par exemple si on va chez une femme aujourd'hui et on fait test d'urine, ça veut dire le mois prochain on doit aller encore chez elle. Mais si celle-là, si nous voulons faire les CPN parce que avant là on fait une CPN par semaine mais comme on a trouvé beaucoup de femme là on fait deux. On fait mardi et vendredi et nous on fait les relances aussi. On fait les relances des femmes enceintes parce que on passe de maison en maison pour leur dire demain soit après demain vous viendrez au centre de santé pour votre CPN soit pour faire écho » (RCPlacMalVac, Sô-Ava, 26 08 15).

Les consultations prénatales se font deux fois par semaine. Les visites à domicile consistent en une relance des femmes pour leur rendez-vous. Il importe de rappeler que dans le cadre du suivi médical des participantes, les relais communautaires ayant réalisé l'identification des participantes ne sont plus intervenus. Leurs activités principales, c'est l'identification des femmes et les sensibilisations de proximité. Après le rappel des rendez-vous, les femmes devraient se rendre au centre de santé pour le suivi qui recouvre la consultation prénatale jusqu'à l'accouchement, les prélèvements sanguins et autres. Les relais communautaires sont aussi présents lors du suivi et la gestion des urgences.

4.5 Suivi des cohortes et gestion des urgences

4.5.1 Rappel des activités prévues et non prévues par l'équipe

Par rapport à leur niveau d'implication dans le projet, ils sont sollicités pour :

- ✓ la facilitation dans la prise de contact avec les autorités locales
- ✓ la participation à l'organisation des campagnes de sensibilisation
- ✓ l'identification des cibles de l'étude (nulligestes) et des domiciles des participantes de la cohorte 1 et de la cohorte 2
- ✓ l'implication dans les visites à domicile (VAD)

Les activités confiées aux relais communautaires dans le projet sont en conformité avec celles menées en tant que relais communautaire. Ils ne sont pas étrangers à ces genres d'activités. Ils avaient l'habitude des visites à domicile, des sensibilisations, de la prise en charge communautaire des enfants de moins de cinq ans et autres.

Dans le projet, leur rôle habituel a été complété par d'autres activités non prévues dans le contrat. Ils sont intervenus dans le processus d'inclusion des participantes et dans le suivi des participantes référées sur des hôpitaux qualifiés (hôpital de Zone de Calavi, hôpital de Mènontin, St Luc, St Jean, HOMEL, CNHU) en cas d'urgence. Le responsable de l'équipe de terrain mentionne à ce sujet ce qui suit.

« On les [relais communautaires] a impliqués dans le circuit de la gestion des transferts. Au cours des références des femmes on les a impliqués en ce sens que pour tout ce qui est logistique pour faire déplacer la femme leur était confiée. Parfois ils accompagnent aussi la femme au centre de santé si c'est la première fois avant que nous on ne vienne prendre le relai. Parce que la femme se retrouve seule là-bas, elle ne connaît personne et comme on a défait ça avec eux une deux fois, on les a présenté à l'hôpital de zone au personnel de la maternité, on les connaît. Donc quand ils vont là-bas avec une femme, ils savent que cette femme-là est du projet avant que nous on ne vienne prendre le relai et ils peuvent repartir» (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

Ces relais sont souvent sur le terrain avec les enquêteurs du projet. Ils sont également sollicités pour la gestion de l'achat des médicaments. Un responsable explique.

« On les a impliqués dans tout ce qui concerne la prise en charge des femmes dans le sens de l'achat des médicaments. Par exemple une femme vient en consultation au centre de santé et la sage-femme veut faire une prescription qui n'est pas dans le centre de santé et que la femme est obligée d'aller acheter à la pharmacie, comme elle ne comprend pas le système de facture pour justifier les dépenses, souvent on implique les relais. On leur a expliqué comme ça marche. Eux, les relais vont faire l'achat des médicaments et prennent les factures en bonne et due forme ce qui nous facilite le compte parce qu'on a essayé avec les femmes et elles reviennent avec le ticket de caisse seul alors qu'on a besoin des factures. A un moment donné on a été obligé de confier cette tâche aux relais communautaires » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

La liste des tâches non prévues pour les relais communautaires s'est allongée. Ces différentes activités leur ont permis d'être à tous les niveaux du déroulement de la recherche. La mise en œuvre des activités sera développée dans le chapitre qui suit.

L'accent est mis sur le suivi général des femmes. Au cours de ces différentes activités, les relais communautaires sont toujours présents au centre de santé pour jouer le rôle d'accompagnant et d'interprète. Ils sont toujours aux côtés des infirmiers du projet. Ils interviennent généralement pour le rappel des rendez-vous aux participantes et autres. Le responsable de l'équipe de terrain explique le rôle qu'ils ont joué.

« Par exemple la gestion des urgences ; nous, on n'avait pas prévu ça. Nous on se disait une femme qui est malade pour la consultation, à part les visites programmées hein, la consultation d'urgence la femme doit spontanément venir au centre de santé. Donc nous, c'était ça on avait prévu mais on s'est rendu compte que c'était difficile de se déplacer sur l'eau. Donc il y a des femmes qui sont malades et ont envie de venir en consultation d'urgence c'est difficile parce qu'on ne trouve pas de moyens de déplacement parce que c'est chers tout ça. On a été obligé à un moment donné de trouver le juste milieu et de les impliquer en sens que bon ; une femme qui est en situation d'urgence on dit il y a le relais à côté il va t'aider à trouver une solution et quand c'est très très urgent, ils louent une barque et la femme peut aller au centre de santé » (MedPlacMalVac, Sô-Ava, 12 02 16).

Pour l'équipe, les femmes devraient se rendre spontanément au centre de santé pour les soins. Or, ces dernières n'en avaient pas l'habitude du fait du coût du transport quand bien même celui-ci est remboursé. Pour lever cette barrière, il est demandé aux relais communautaires d'aller les chercher dans leur domicile avec la barque du projet ou de louer une barque et de les amener au centre de santé. La gestion des urgences va au-delà du transport de la femme vers le centre de santé. Dans certains cas, pour cause de complication, les femmes du projet sont référées vers les hôpitaux ayant un plateau technique qui répond le mieux. Dans ces situations les relais sont sollicités.

4.5.2 Gestion des références des patientes par les relais

L'accent est mis ici sur les histoires vécues et les expériences des relais communautaires telles qu'ils les présentent.

« En cas de référence d'une femme qui veut accoucher la nuit, ce sont nous les hommes qui y vont. Les femmes n'aiment pas faire ça. Par exemple, une femme qui a donné naissance aux jumeaux a été référé un dimanche sur l'hôpital de zone, je l'ai amené à l'aide de deux taxis motos (un conducteur a pris la femme et moi je suis monté sur le deuxième avec les deux nouveau-nés). Arrivée là-bas, on nous a dit qu'il n'y avait pas de place ; on est allé à l'HOMEL, à Saint-Jean mais il n'y avait malheureusement pas de place dans ces hôpitaux aussi. C'est alors que Dr Emmanuel (un médecin de Saint-Jean) a appelé Saint-Luc pour nous demander une place. On était retourné à Saint-Luc » (RCPlacMalVac, Sô-Ava, 12 06 15).

Ce verbatim décrit les difficultés à trouver de place parfois dans les hôpitaux de référence. Le tour est souvent fait par les relais communautaires hommes. Les relais femmes ont de difficulté à faire ces travaux. Les situations d'urgence ne se ressemblent pas souvent. Elles sont parfois renforcées par les cabinets privés. L'expérience ci-dessous en dit long.

Encadré 4 : Vécu de l'expérience de la gestion des urgences

L'inclusion a marché mais quand les femmes tombent enceintes, certaines vont accoucher dans les cabinets privés au lieu de se rendre au centre ici à Sô-Ava. Les femmes nous ont trahis. Par exemple, une femme que nous avons sensibilisée, suivi en lui rappelant chaque fois ses rendez-vous, a accouché dans un cabinet à Vekky appelé « Minangan ». Je lui ai téléphoné pour lui rappeler qu'elle était déjà à terme et qu'elle devrait passer pour son accouchement. Cette femme me dit qu'elle a entendu et qu'elle viendra alors qu'elle avait déjà accouché il y a une semaine. L'enfant de cette dame a eu un problème de malformation. Ils [la mère, le mari et le nouveau-né] sont rentrés à la maison et deux jours après, un mercredi, je sortais et arrivée au niveau de l'église évangélique (Mission Évangélique des Affranchis) qui se trouve avant l'entrée de Sô-Ava, je les ai rencontrés. Je leur ai demandé où ils allaient et c'est alors que la femme me dit qu'elle a accouché hier et qu'on les a référés sur Zinvié qui les a encore référés au centre de santé d'Akassato. Immédiatement, j'ai informé le médecin et elle m'a demandé de les laisser aller à Zinvié. Le lendemain (jeudi), j'ai appelé un frère qui travaille au centre de santé de Zinvié pour m'enquérir des nouvelles de l'enfant. Mais ce dernier m'a dit, les larmes aux yeux, que l'enfant était dans un état très critique. On les a référés encore de Zinvié vers Akassato et c'est en ce moment que le mari m'a appelé pour demander de l'aide. Docteur m'a rappelé, je l'ai informé de la situation et elle m'a demandé d'aller à la zone à Calavi avec l'enfant et ses parents. Arrivée à la zone, ils nous ont envoyé au CNHU mais malheureusement l'enfant est décédé environ une semaine après. Nous avons pris alors la femme dans notre véhicule et difficilement elle a accepté qu'on lui fasse les prélèvements. C'est après le décès de cet enfant que ce couple s'est rendu compte des bienfaits et du soutien de l'étude. Je lui ai demandé pourquoi cette trahison et elle m'a dit que ce sont les rumeurs qui l'ont amené à agir ainsi. **(RCPlacMalVac, Sô-Ava, 12 06 15)**

Cette histoire telle que rapportée met l'accent sur le rôle des cabinets privés, le comportement des femmes dans le projet vécu comme une trahison, l'itinéraire d'un patient qui a des complications dans le projet et les stratégies de l'équipe à reprendre le contrôle de certains cas malgré les difficultés. Dans cette narration, l'initiative individuelle du relais communautaire a joué sur le contrôle de l'action par l'équipe du projet.

Du contenu de cette expérience telle que rapportée, il est important de relever que les cabinets privés constituent le point de chute des femmes qui échappent au contrôle des agents de suivi. La promptitude des relais communautaires a permis à l'équipe d'orienter la femme vers l'hôpital de zone qui, à son tour a référés vers le CNHU, et d'en assurer les frais de prise en charge. Malgré cet investissement, le prélèvement sur la femme a été difficile. Par ailleurs, les suspicions, les rumeurs qui ont pour fondement les fantasmes ont une influence importante sur le comportement des femmes qui participent au projet. La gestion de la référence recouvre un certain nombre de contraintes auxquelles font face les relais communautaires. Il s'agit des contraintes financières.

Encadré 5 : Les relais faces à l'influence des représentations de la gratuité

Chaque fois que les maris envoient leur femme s'il n'y a pas de l'argent pour payer les ordonnances eux-mêmes n'aiment pas participer avant qu'on ne les rembourse. Chaque fois on demande et si tu leur demandes de participer ils disent nous on n'a rien amené hein. Même la nourriture du malade, ils n'arrivent pas à assurer et c'est toi relais communautaire qui sort l'argent de ta poche pour donner à manger au malade voilà que tu ne peux pas être remboursé pour ça. De fois ils viennent au centre de santé sans avoir de quoi habiller le nouveau-né et c'est relais qui fait ça. Comme ils ont entendu que c'est gratuit jusqu'à la fin eux-mêmes au moins ils peuvent participer en attendant qu'on les rembourse. Parfois si on n'a pas suffisamment de l'argent sur nous et on leur demande de participer ils refusent. Car tu peux avoir une caisse d'avance mais si ça finit il faut aller justifier la caisse avant de prendre une autre avance. Normalement. Il faut justifier d'abord parce qu'on te confie de l'argent et tu n'as pas encore justifié comment tu peux encore prendre une autre caisse ? C'est difficile. L'argent ce n'est pas pour le relais mais ce n'est pas pour le comptable aussi c'est pour l'étude donc il faut justifier. S'il y a des problèmes ça veut dire que tu dois encore chercher ailleurs ; prêter de l'argent chez les amis avant de régler ça là et après tu vas justifier la caisse et on te rembourse et toi aussi tu rembourses ceux chez qui tu as prêté. Mais vraiment les urgences là par rapport aux nuits aussi-là c'est vraiment très difficile. Moi je conduis ma moto des fois je peux dire de 22h, vers 20h jusqu'à 3h du matin, jusqu'à 4h du matin. Quand tu es à l'hôpital de zone là tu ne dors pas ça veut dire que tu montes encore de garde.

(RCPlacMalVac, Sô-Ava, 12 06 15)

Du contenu de ce discours, on relève l'influence des représentations de la gratuité sur le comportement des parents ou conjoints de patientes référées vers les hôpitaux. On observe un comportement d'une forme de déresponsabilisation chez les parents et conjoints de participantes. Seuls les soins, les actes médicaux et le transport sont pris en charge par le projet. Mais les représentations que les populations ont de la prise en charge gratuite, les contraintes liées à la gestion et à la justification des caisses d'avance induisent une renégociation des normes en fonction du contexte. Il s'agit d'un ensemble d'initiatives qui parfois s'écartent des règles établies par l'équipe mais qui permettent de maintenir l'équilibre des relations entre les différents acteurs en interaction. Toutes les dépenses hors règles ne sont pas considérées pour le relais. Ils sont intervenus également dans la gestion et l'achat des médicaments aux participantes.

4.5.3 Gestion de l'achat des médicaments

Pour les personnes interrogées c'est une activité très difficile mais elles arrivent à gérer. Un relais communautaire décrit le processus et les difficultés rencontrées.

« Je peux dire que les femmes, leurs maris les envoient seulement au dispensaire d'aller faire l'accouchement. Ça là, ce n'est pas du tout bon parce qu'une femme enceinte, elle vient à la maternité elle seule. Si on lui prescrit quelque chose, c'est à toi le relais maintenant de courir, d'aller à la pharmacie acheter les produits pour elle. Et s'il s'agit encore de référence, si on a

référé du centre de santé de Sô-Ava sur l'hôpital de zone, là tu appelles les parents et tardivement ils sont là ou soit tu leur dit ah ! Nous on est déjà sur le point d'aller à l'hôpital de zone il faut qu'on se voit là-bas. Mais arrivée encore à l'hôpital de zone, eux ils s'assoient là et c'est le relais qui est à la base de tout. Courir de gauche à droite c'est toi ; prendre des médicaments à la pharmacie en ville là c'est toi seul même en pleine nuit-là c'est toi et ce n'est pas facile » (RCPlacMalVac, Sô-Ava, 26 08 15)

Les informations reçues ici complètent celles énoncées plus haut. Ce sont les relais communautaires qui font l'achat des médicaments pour les femmes surtout quand on ne peut pas en trouver au centre de santé. Ils sont très actifs sur le terrain et au centre de santé et vont en ville dans les pharmacies mieux équipées pour l'achat des médicaments. On relève chez les relais un ensemble de pratiques qui témoignent de leur investissement physique, psychologique et matériel. La conduite des activités sur le terrain a induit et entretenu des rapports conflictuels entre les relais et leur environnement.

4.6 Rapports conflictuels entre relais communautaires et les communautés

Il est présenté ici, un résumé des rapports conflictuels entretenus par les relais communautaires et leur environnement social. La mise en œuvre du projet par les relais communautaires dans les localités de Ganvié a été faite dans une atmosphère de méfiance. Du fait des rumeurs qui circulent, les relais communautaires ont été accusés d'être complices de la venue d'un projet qui vient exterminer les populations. Cela amène à postuler que les sensibilisations n'ont pas reçu un écho favorable chez les populations, elles n'ont pas bien réussi. Les personnes autrefois amies se sont tournées dos. Les pères se sont ligüés contre leur fils. Un enquêté rapporte.

« Par exemple, il y a une femme de mon village qui avait fait une fausse couche dans le projet et ils avaient dit que si on ne courrait pas pour l'envoyer au CNHU, elle allait mourir. La famille de cette femme a failli m'emprisonner hein ! C'était très sérieux. Donc pour ces problèmes des parents, je n'ai plus envie de faire ce travail. On a eu tous de problèmes dans ce village hein ! Mon ami relais, il est photographe et à cause de ce projet, ses clients ne travaillent plus chez lui » (RC4, Ganvié, 08 09 15).

Du fait de ces problèmes, certains relais communautaires ont démissionné pour la sauvegarde de leur emploi. Le témoignage ci-dessous illustre bien ces décisions.

« Moi je suis photographe (...) Au moment où ils ont commencé par crier j'ai dit non à KF que je ne peux plus parce que je ne peux pas poursuivre ça là maintenant pour dévaluer mon travail que j'ai appris. Donc je ne peux pas et j'ai laissé. C'est ce qui s'est passé » (RC3, Ganvié, 08 09 15).

Certains ont eu de rapports difficiles avec leur géniteur.

« J'ai même une marâtre qui est partie et si je ne sais pas faire mon papa même va me convoquer. Mon papa je dis hein. Mon papa je dis il a dit qu'il ne veut pas que sa femme participe au projet de laisser. Je lui ai expliqué il ne veut pas comprendre. J'ai dit si c'est comme ça d'aller ailleurs pour se faire consulter et elle est sortie du projet» (RC1, Ganvié, 08 09 15).

Des conjoints autrefois amis des relais communautaires se sont insurgés contre eux.

« Il y a des conjoints qui étaient mes amis et maintenant ils ne le sont plus. J'ai quelqu'un à Sokomey. Il m'a donné au moins quatre à six photos de lui faire et ils n'ont rien payé et j'ai dit que s'ils n'ont rien payé je ne touche pas à ça. Et je suis parti là-bas pour lui expliquer le projet là et il a accepté, elle est rentrée dedans. Au moment où elle est rentrée, elle est tombée enceinte et l'enfant qu'elle a fait est parti [la dame a perdu son enfant]. Je suis ici un jour la femme est venue, elle dit qu'elle va prendre toutes ses photos et si je ne lui trouve pas qu'elle va dire autre chose. J'ai cherché les photos je lui ai donné. Elle ne me dit même plus bonjour même si j'allais là-bas elle ne me parle plus » (RC1, Ganvié, 08 09 15).

Ces propos montrent qu'il y avait beaucoup de risques et d'incompréhensions qui ont eu une influence certaine sur le déroulement des activités du projet. En dehors des deux relais communautaires intégrés à l'équipe de terrain, tous les autres ont dû démissionner.

Au terme de cette recherche, il convient de préciser que l'implication des acteurs communautaires dans une démarche d'essai clinique nécessite de prendre en compte le contexte de l'étude. Pour ce faire, une étude anthropologique en amont permettrait de relever un certain nombre de réalités qui, du point de vue de la culture pourrait entraver le déroulement de l'intervention. De plus, il serait intéressant pour les chercheurs d'identifier avec les acteurs de la communauté, les personnes ayant des aptitudes requises pour faciliter la recherche. Car, dans le processus d'apprentissage, il y a des personnes qui retiennent vite alors que ce n'est pas le cas pour d'autres. Il faudra aussi élaborer un plan de communication et de recourir à des acteurs mieux indiqués pour traduire les termes techniques en langue locale pour une meilleure communication. De plus, la sensibilisation doit être renforcée et doit être faite sur la durée. Il serait intéressant d'impliquer les radios communautaires dans ce processus

Conclusion

Cette recherche a mis en évidence la démarche à partir de laquelle le choix des relais communautaires a été fait. Elle a permis de clarifier l'importance de leur rôle social dans les différentes étapes du projet pour le maintien des participantes dans les cohortes de suivi d'une part et de relever les limites de leur champ d'action d'autre part.

Les domaines d'intervention des relais communautaires, partenaires privilégiés des professionnels de la santé, sont étendus. Responsabilisés depuis quelques décennies pour des activités de promotion de la santé, ils sont aujourd'hui impliqués dans des équipes de recherche cliniques pour jouer un rôle d'interface entre la communauté et les chercheurs. Les relais utilisés dans le cadre de l'expérimentation à Sô-Ava sont de profils multiples. Ils avaient été déjà impliqués dans d'autres projets et ils ont accumulé de l'expérience. Ils constituent une « communauté d'expérience » au sein du système de santé.

Cette enquête révèle que les relais communautaires constituent aujourd'hui un réservoir d'expériences et de lieux d'actions fortement enracinés dans le système de santé. Leur histoire sociale, leur capacité à prendre des initiatives pouvant influencer les actions au niveau communautaire sont des atouts importants pour le projet. Ces différentes ressources constituent les critères sur lesquels s'est basée l'équipe pour opérer leur choix et ce, en collaboration avec le personnel de santé en poste et les autorités locales. C'est bien ce dont rend compte le premier objectif de cette enquête.

Les activités menées par les relais dans le cadre de ce projet, impliquent un important volet de formation de base. Mais, la seule formation reçue sur le projet ne suffit pas toujours. Ces derniers sont obligés de puiser dans leur base de savoirs acquis au cours des socialisations antérieures dans les projets pour répondre aux enjeux du présent. Notamment, la mobilisation communautaire, les sensibilisations sur le projet, l'identification des femmes, les initiatives pour ramener les participantes dans les cohortes de suivi en cas de refus. Ainsi, l'hypothèse 2 qui stipule que la formation des relais pendant le projet explique leur capacité de maintien des femmes est remise en cause. C'est plutôt le capital social des relais qui exprime mieux leur aptitude à exercer une influence sur le maintien des femmes dans le projet PlacMalVac.

Autour du dispositif de recherche se confrontent de multiples logiques (culturelle, sociale, économique, politique, etc.) et stratégies, à la fois du côté des agents du projet et des populations cibles. Car les pratiques au sein de ces dispositifs sont soumises à des interprétations et des

surinterprétations diverses de la part de tous les acteurs qu'ils soient directement ou indirectement impliqués dans l'action. De ce fait, l'espace de la recherche se présente comme un lieu d'expression de multiples formes d'interactions et de manifestation d'intérêts divergents. Cela implique une réorganisation des positions de chacun des acteurs mobilisés autour du projet et une renégociation des normes sociales qui caractérisent les relations.

Des recherches antérieures ont montré que les processus de changement social et de développement mobilisent des structures « intermédiaires », « informelles », transversales, des « réseaux », des affinités, des clientèles, des sociabilités locales, professionnelles, familiales. En cela, les relais communautaires peuvent être considérés comme des agents de développement au regard des initiatives prises. Notamment, les sensibilisations de proximité effectuées par ces derniers sur le terrain. Mais ces initiatives sont parfois peu efficaces en raison de multiples facteurs dont le contexte social culturellement « introverti », les intérêts personnels et les représentations. Ce qui suppose que l'analyse prenne en compte les pratiques, les relations sociales et les représentations sociales induites par le déploiement des dispositifs de la recherche biomédicale dans l'espace social.

Le poids de ces représentations dans un tel contexte social a nourri des fantasmes et des rumeurs. Ce qui a entretenu la complexité des rapports entre différents acteurs en interaction. Cette enquête a permis de rendre compte de ces rapports. Il est vrai que l'ambition de l'équipe du projet est de développer des stratégies d'intégration des personnes et des structures locales et de s'adapter à toutes les situations. Mais la démarche gagnerait si des personnes mieux indiquées avaient été trouvées pour accompagner le processus.

Pour ce qui est des intérêts personnels, les relais communautaires ont eu des rétributions matérielles (contractuelles, financières) et symboliques (auto-perception, estime de soi, reconnaissance par l'équipe de leurs efforts). Mais les disparités relevées en ce qui concerne leur rétribution financière malgré l'existence d'une base de motivation, ont influencé leur collaboration. Bien que celle-ci n'a pas eu une incidence remarquable sur le déroulement des activités du projet. Ainsi, cette disparité pourrait constituer un facteur d'insuccès pour le projet et alimenter les rumeurs qui renforcent l'abandon ou le refus au sein de la population. Malgré les efforts des relais à maintenir les femmes dans le projet, ces dernières ont été plutôt influencées par les facteurs mentionnés ci-dessus et d'autres avantages perçus.

A la fin de cette enquête, il importe de préciser que les exigences en ce qui concerne la recherche clinique sont différentes de celles des interventions de promotion de la santé. L'enquête a permis de relever le rôle d'interprète joué par les relais communautaires sur le projet. Mais, la sensibilité des messages et le langage tenu semblent être au-dessus de leur réel niveau d'instruction et de compréhension des enjeux de l'étude. Au-delà du fait que l'enquête est rétrospective et que les enquêtés auraient oublié des informations, la méconnaissance des pratiques de prélèvements sanguins effectués sur les femmes a été relevée.

De ces résultats, il importe de s'interroger sur la pertinence d'utiliser des relais investis du rôle de promotion de la santé dans une expérimentation clinique. Alors, faudrait-il continuer par utiliser des relais communautaires pour jouer un rôle aussi important qui détermine la suite de la recherche ? Ne faudrait-il pas trouver des personnes ayant une expérience dans la traduction des messages aussi techniques du français vers les langues maternelles ? L'enjeu est de distinguer les relais intervenant dans le domaine de la promotion de la santé des relais intégrés dans les équipes de recherche. Il serait important de réfléchir à la professionnalisation des relais qui vont être utilisés dans le cadre des recherches cliniques pour mieux communiquer.

Cette recherche remet à l'ordre du jour le débat sur la pertinence de l'utilisation des acteurs « profanes » dans le champ de la santé. Ces acteurs notamment, les relais communautaires sont de plus en plus sollicités par divers projets pour améliorer l'accès aux soins des populations. Mais leurs pratiques réelles en dehors du milieu professionnel qui les utilise sont peu documentées. Au regard des échecs souvent enregistrés par rapport aux indicateurs de mortalité infantile et autres, des recherches plus approfondies permettront de mettre la lumière sur les nouveaux enjeux en ce qui concerne l'implication des relais communautaires dans le domaine de la santé.

Le mémoire de DEA prépare aux études doctorales. Telle est notre ambition pour la suite à donner à nos travaux de recherche. En effet, l'un des principes de la conférence d'Alma-Ata (1978) était la participation communautaire et le renforcement des capacités de gestion locale des formations sanitaires. Mais l'objectif ultime visé qu'est la « santé pour tous d'ici l'an 2000 » n'a pu être atteint. L'Initiative de Bamako (1987), une stratégie de relance des soins de santé primaires (Ridde, 2004) par la couverture universelle, a favorisé l'installation progressive des comités de gestion dans le système sanitaire au Bénin. Force est de constater que 25 ans après, ces acteurs peinent à assurer convenablement leur rôle d'interface du fait des contre-performances enregistrées chez ces derniers. Pour les études doctorales, nous envisageons de rester dans le même thème, celui relatif au rôle d'interface des acteurs, représentants des communautés au niveau des centres de santé. Principalement il s'agira d'analyser le processus de construction du dialogue entre prestataire de soins et usagers des services de santé. Pour ce faire, une attention sera accordée aux plaintes des usagers et des prestataires d'une part et au processus de leur règlement d'autre part.

Références bibliographiques

1. ADNOT, S. & al., 2013. *Stratégie nationale de recherche. Recherche clinique*. s.l.:ITMO Santé Publique d'AVIESAN (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé).
2. ANADON, M., 2006. La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *RECHERCHES QUALITATIVES*, 26(1), pp. 5-31.
3. Anon., 2003. Essai Ditrème (ANRS 049) visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan : compréhension des principes par les participantes. *La Presse Médicale*, pp. 343-50.
4. ARDOINO, J., 1991. *Implication (183 bis)*, s.l.: s.n.
5. BAKO-ARIFARI, N., 2001. La corruption au port de Cotonou : douaniers et intermédiaires. *Politique africaine*, 3(83), pp. 38-58.
6. BAKO-ARIFARI, N., 2007. Médiation socio-anthropologique entre savoir et action. Plaidoyer pour un métier de médiateur en action publique. Dans: A. KARTHALA, éd. *Une anthropologie entre rigueur et engagement. Essais autour de l'oeuvre de Jean-pierre Olivier de Sardan*. s.l.:s.n., pp. 175-200.
7. BAKO-ARIFARI, N. & KPATCHAVI, C. A., 2009. *Décentralisation et fourniture de services publics dans la commune lacustre des Aguégus (Sud-Bénin)*. Cotonou: Les Editions du Flamboyant.
8. BECKER, H. S., 2006. « Notes sur le concept d'engagement ». mis en ligne le 28 septembre 2008, Issue 11.
9. BIERSCHENK, T., CHAUVEAU, J.-P. & OLIVIER de SARDAN, J.-P., 2000. *Courtiers du développement Les villages africains en quête de projets*. KARTHALA et APAD éd. Paris: s.n.
10. BIERSCHENK, T., s.d. DEVELOPMENT PROJECTS AS ARENAS OF NEGOTIATION FOR STRATEGIC GROUPS: A case study from Bénin. *Sociologia Ruralis*, August 1988, 28(2-3), pp. 146-160.
11. BIERSCHENK, T. & OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 1998. Les arènes locales face à la décentralisation et à la démocratisation. Analyses comparatives en milieu rural béninois. Dans: T. BIERSCHENK & J. OLIVIER DE SARDAN, éd. *Les pouvoirs au village*. Paris: KARTHALA, pp. 1-46.
12. BIERSCHENK, T., OLIVIER DE SARDAN, J.-P. & CHAUVEAU, J.-P., 2000. Introduction: Les courtiers entre développement et État. Dans: T. BIERSCHENK, J. OLIVIER DE SARDAN & J. CHAUVEAU, éd. BIERSCHENK, Thomas ; OLIVIER DE SARDAN, Jean,-Pierre ; CHAUVEAU, Jean,-Pierre éd. Paris: KARTHALA, pp. 5-42.

13. BLANC, G. & PELOSSE, L., Mars 2010. *La médiation santé : un outil pour l'accès à la santé ? Rapport d'enquête*, Rhône Alpes: FRAES:Fédération Rhône Alpes Education pour la Santé Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida.
14. BOURDIEU, P., décembre 1994. Stratégies de reproduction et modes de domination. *Actes de la recherche en sciences sociales : Stratégies de reproduction et transmission des pouvoirs*, Volume 105, pp. 3-12.
15. BOURDIEU, P. & LAMAISON, P., 1985. « Nouvelles de... ». Terrain. 4 mars, Issue mis en ligne le 23 juillet 2007.
16. BOURQUE, D., 1985. L'approche communautaire en centre local de services communautaires : les enjeux en cause et les conditions requises. *Service social*, 34(2-3), pp. 328-339.
17. BOUTAMMINA, Nas, E., 2014. *Les fondateurs de la pharmacologie : A.I.M. Al-Ghafiki - A.M.A. Ibn-Al-Baïtar - A.H. Al-Dinawari - M.I.Z. Ar-Razi [Rhazès] - A.H. Ibn-Sina [Avicenne]*. s.l.:Oeuvre Universelle de l'Islam.
18. BOYER, L., 1992. Le projet d'entreprise : d'un management quantitatif à une approche culturelle de l'entreprise. *Encyclopédie du Management. Tome 2. Vuibert*, pp. 519-525.
19. BOYER, L. & EQUILBEY, N., 1990. « *Histoire du management* ». Les Editions d'Organisation éd. s.l.:s.n.
20. BRUN, J.-P., 2008. La reconnaissance au travail. *Grands Dossiers en Sciences Humaines*, 22 Août, Issue 12.
21. BUHLER, M., 1974. Schémas d'études et modèles de communication. *Communication et langages*, Issue n°24, pp. 31-43.
22. BUTON, F. & MARIOT, N., 2009. Introduction "Surmonter la distance. Ce que la socio-histoire doit aux sciences sociales". Dans: *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*. Paris: PUF, pp. 1-14.
23. CAUNE, J., 1999. La médiation culturelle : une construction du lien social.
24. CHARLES-PAUVERS, B. & PEYRAT-GUILLARD, D., 2012. *L'implication (ou l'engagement?) au travail : quoi de neuf ?*. s.l.:s.n.
25. CHAVEL, P. D. B. D. B., s.d. *Groupe de travail du Conseil scientifique du CNRS Indicateurs, compétences, prospective Analyse stratégique de compétences-UNIPS..* s.l.:s.n.
26. CHIPPAUX, J.-P., 2004. *Pratiques des essais cliniques en Afrique*. Paris: IRD.
27. COUDERC Mathilde, e. D. S. C., 2012. Du patient au réseau : construction de la dynamique communautaire. Dans: H. I. halshs-00712808, éd. s.l.:s.n., pp. 327-358.
28. COUDERC, M., 2011. *Enjeux et pratiques de la recherche médicale transnationale en Afrique. Analyse anthropologique d'un centre de recherche clinique sur le VIH à Dakar (Sénégal)*. Université Paul Cézanne-Aix-Marseille III: s.n.

29. COUDERC, M. & DESCLAUX SALL, C., 2012. *Du patient au réseau : construction de la dynamique communautaire*. s.l.:s.n.
30. COUILLARD, M.-A., 1995. Chapitre 19 : Féminisme, systèmes experts et groupes de femmes de Québec: appliquer l'anthropologie chez soi. Dans: *La construction de l'anthropologie québécoise. Mélanges offerts à Marc-Adélarde Tremblay*. Québec: Les Presses de l'Université Laval, pp. 267-283.
31. DAELE, A., 2009. Les communautés de pratique. *Encyclopédie de la formation*, p. 721–730.
32. de NORAY, M.-L., 2000. L'aide extérieure vue par des agents de développement maliens. *Autrepart*, Issue 13, pp. 109-125.
33. de Noray, M.-L., 2002. *Les agents intermédiaires de recherche Entre chercheurs et développeurs*. Paris: IRD.
34. DEMERY-LEBRUN, M., 2006. *Quelle opérationnalisation de l'implication pour concilier théories de la motivation et théories de l'implication ? Réflexion en faveur d'une nouvelle échelle de mesure de l'implication dans le métier*. s.l.:s.n.
35. DESCLAUX, A., 2008. *L'éthique médicale appliquée aux sciences humaines et sociales : pertinence, limites, enjeux, et ajustements nécessaires*. s.l.:s.n.
36. DESCLAUX, A. et al., 2008. *Anthropologie de la recherche clinique*. s.l.:s.n.
37. DUBAR, C., 1998. Trajectoires sociales et formes identitaires. Clarifications conceptuelles et méthodologiques. *Sociétés contemporaines*, Issue 29, pp. 73-85.
38. EPSTEIN, S., 2007. *Inclusion. The politics of difference in medical research*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
39. FIERS-DIDELOT, M.-M., 2005. Les essais cliniques dans la vaccination thérapeutique : nécessité de cohérence et d'éthique garantie. Cas du VIH-SIDA. Dans: *RISES Compte-rendu du séminaire mensuel – Séminaire n°8*. Lyon: s.n., pp. 1-11.
40. FISCHER, G.-N., 2010. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. 4e éd. Paris: Dunod.
41. FORTIN, M.-F. & GAGNON, J., 2010. Chapitre 8 : L'élaboration du cadre de recherche. Dans: *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière éducation, pp. 164-185.
42. FOURNIER, D. & ST-CERNY, A., 2009. *L'intervention en contexte de milieu de vie, un arrimage indispensable entre le formel et l'informel*, Montréal (Québec): Relais-femmes.
43. GAGNON, N., 2003. *Essai de positionnement du concept de communauté de pratique stratégique -en réseau- dans un contexte de formation en milieu organisationnel*. s.l.:s.n.
44. GAMASSOU, C. E., 2004. *Prévenir le stress professionnel et promouvoir l'implication au travail Un enjeu de gestion des ressources humaines*. s.l.:s.n.

45. GEISSLER, P. W., KELLY, A. & IMOUKHUEDE, B. P. R., 2008. He is now like a brother, I can even give him some blood Relational ethics and material exchanges in a malaria vaccine 'trial community' in The Gambia. *Social Science & Medicine*, Issue 67, pp. 696-707.
46. GEISSLER, P. W. P. R., 2006. Editorial : Popular concerns about medical research projects in sub-Saharan Africa – a critical voice in debates about medical research ethics. *Tropical Medicine and International Health*, 11(7), pp. 975-982.
47. GIRARDOT, D., 2014. Le mérite : logique de la rétribution et logique du don. *Revue du MAUSS permanente*.
48. GOBATTO, I. ; LAFAYE, F., 2003. Dilemmes éthiques et logiques dans l'action Réflexion à partir d'un projet de recherche clinique en Côte d'Ivoire. *Autrepart / IRD*, Issue 28, pp. 125-146.
49. GOBATTO, I. T. A. T., 2011. Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali. *Revue d'anthropologie des connaissances*, 5(3), pp. 509–532.
50. JOURDAIN, A. & NAULIN, S., 2011. Héritage et transmission dans la sociologie de Pierre Bourdieu. *Idées économiques et sociales*, 4(166), pp. 6 - 14.
51. JOUTHE, E. & DESMARAIS, D., 1993. Un projet intercompréhensif de théorisation des pratiques sociales. *Nouvelles pratiques sociales*, 6(1), pp. 131-141.
52. KLEIN, H. J., MOLLOY, J. C. & BRINSFIELD, C. T., 2012. Reconceptualizing workplace commitment to redress a stretched construct: revisiting assumptions and removing confounds. *Academy of Management Review*, 37(1), p. 130–151.
53. LAFERTE, G., 2009. Ethnographie historique ou le programme d'unification des sciences sociales reçues en héritage. Dans: *Pratiques et méthodes de la socio-histoire*. Paris: PUF, pp. 45-68.
54. LASSWELL, H. D., 1948. *Structures et fonctions de la communication dans la société*. s.l.:s.n.
55. LAVILLE, J. L., SAINSAULIEU, I. & SALZBRUNN, M., 2007. La Communauté n'est pas le communautarisme. *Revue internationale de sociologie et de sciences sociale Esprit critique*, 10(147).
56. LEZE, S., 2008. Cherry Schrecker, La Communauté. Histoire critique d'un concept dans la sociologie anglo-saxonne. *Revue française d'anthropologie*, pp. 482-483.
57. LOUBET del BAYLE, J.-L., 2000. *Initiation aux méthodes des sciences sociales*. L'Harmattan éd. s.l.:s.n.
58. MADELIN, B., 2007. Le rôle des femmes-relais. En Seine-Saint-Denis, avec Profession banlieue. *Informations sociales*, 5(141), pp. 120-127.
59. MARSH, V. et al., 2008. Beginning community engagement at a busy biomedical research programme: Experiences from the KEMRI CGMRC-Wellcome Trust Research Programme, Kilifi, Kenya. *Social Science & Medicine*, Issue 67 , pp. 721-733.

60. MASSE, R., 1995. *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Gaëtan Morin éd. Montréal : s.n.
61. MOREAU, M., 2010. *Corpus, données, modèles : approches qualitatives et quantitatives*. Montpellier: VIIe Colloque jeunes chercheurs Praxiling, 9 et 10 juin 2011.
62. MORIN, F. S. et al., 2008. Building community partnerships: case studies of Community Advisory Boards at research sites in Peru, Zimbabwe, and Thailand. *Clinical Trials*, Issue 5, p. 147–156.
63. MUNDAY, F., LUBANGI, G., MUKANDU, F. & LEYENS, S., Avril-Mai-Juin 2006. Essai du tenofovir au Cameroun : analyse de la controverse suscitée par la suspension de l'essai et proposition d'une alternative éthique. *Cahier Santé*, 16(2), pp. 131-133.
64. OLIVIER DE SARDAN, J.-P. & BIERSCHEK, T., 1993. Les courtiers locaux du développement. *Bulletin de l'APAD*, 5(5).
65. OUMAROU, H., 2013. *Les pratiques familiales essentielles (PFE) au Niger. Socio-anthropologie d'une intervention à base communautaire*, s.l.: Etudes et travaux du LASDEL.
66. PARZS, Février 2014. *Les relais communautaires au-delà d'une courroie de transmission entre les centres de santé et la communauté*. s.l.:CTB.
67. PÉOC'H, N. & CEAUX, C., 2012. Les valeurs professionnelles, une composante de la stratégie d'implication organisationnelle des professionnels de santé... L'apport compréhensif d'une recherche L'apport compréhensif d'une recherche décisionnelle menée au CHU de Toulouse. *Recherche en soins infirmiers*, 105(108), pp. 53-66.
68. PICHERE, P., 2006. *Cherry Schrecker: La Communauté. Histoire critique d'un concept dans la communauté anglo-saxonne..* [En ligne] Available at: <http://www.melchior.fr/lecture/la-communaute-histoire-critique-dun-concept-dans-la-communaute-anglo-saxonne>
69. POMMIER, C., 2001. THEVENET Maurice CHAPITRE 1 : Impliquer les personnes dans l'organisation.
70. POURETTE, D. R. V., 2014. Représentations et répercussions sociales d'un essai clinique à Madagascar. *Sciences Sociales et Santé*, 32(2), p. 23p.
71. QUINN, S. C., June 2004. Protecting Human Subjects : the Role of Community Advisory Boards. *American Journal of Public Health : HEALTH POLICY AND ETHICS FORUM*, 94(6), pp. 918-922.
72. ROCHEBLAVE, A. M., 1963. La notion de rôle : quelques problèmes conceptuels. *Revue française de sociologie*, 4(3), pp. 300-306.
73. SAINSAULIEU, I., SALZBRUNN, M. & AMIOTTE-SUCHET, L., Automne 2007. La Communauté n'est pas le communautarisme. *Esprit Critique*, 10(1), p. 147p.
74. SALANCIK, G. R., 1977. Organizational Dynamics. *AMACOM : American Management Association*.

75. SALVETAT, D. & Mickaël, G., 2011. Comprendre le rôle de l'intermédiation dans la coopération : le cas des industries. *Management international* , 15(2), pp. 67-79.
76. SANOFI, 2.-2., 2014. *Essai clinique*. [En ligne] Available at: http://www.sanofi.com/rd/essais_cliniques/essais_cliniques.aspx
77. SOLINGER, O. N., VAN, O. W. & ROE, R., 2008. Beyond the Three-Component Model of organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, Volume 93.
78. THALABARD, J.-C., 2014. Enjeux éthiques de la méthodologie des essais cliniques. *Espace éthique/Ile-de-France*.
79. VERGNIORY, S. e. a., 2011. *Quand la promotion de la santé parle de participation*, s.l.: s.n.
80. Vézinat, N., s.d. *La construction du social*. s.l.:s.n.
81. WALKER, P., DOWNEY, S., CRIGLER, L. & LEBAN, K., 2013. *CHW "Principles of Practice" Guiding Principles for NonGovernmental*. Washington: D.C.: CORE Group, World Vision International.

Annexes

A1. Guide interview relais communautaires

I. Information sur le répondant

Nom et prénom :	Profession :
Age :	Statut :
Sexe :	Lieu de l'entretien :
Situation matrimoniale :	Village :
Groupe sociolinguistique :	Durée :
Niveau d'instruction :	Animateur :
Appartenance religieuse :	Transcription :
Contexte d'entretien	

II. Processus d'identification et choix des relais communautaires

Q1 : quand est-ce que le projet PlacMalVac a commencé dans votre localité ?
Q2 : quand est-ce que vous avez été contactés ?
Q3 : qui vous a contacté ?
Q4 : comment est-ce que vous avez été contactés ?
Q5 : quels sont les critères à partir desquels vous avez été sélectionnés ?
Q6 : quel est votre statut dans le projet (guide/relais communautaires) ?
Q7 : depuis quand est-ce que vous êtes relais de la communauté ?
Q8 : sur quels projets vous êtes intervenus en tant que relais communautaire ?
Q9 : qu'est-ce que vous faisiez sur ce projet ? (description des tâches)
Q10 : à quand remonte votre implication réelle dans le projet PlacMalVac ?
Q11 : qu'est-ce qui vous a intéressé dans le projet ?
Q12 : combien de relais êtes-vous au total sur le projet ? Combien d'hommes et combien de femmes ?

III. Formation/recyclage sur le rôle potentiel des relais communautaires dans le projet et

Q1 : avez-vous reçu une formation particulière sur le programme ?
Q2 : quel est le contenu de cette formation (description de tout le processus) ?
Q3 : quels types d'informations/ (différentes étapes du déroulement du projet) vous avez reçu sur le projet ?

4 Compréhension vous avez du programme (les différentes étapes, ce qui est fait à chaque étape, et qui est responsable de chaque étape)

Q4 : points de vue sur les soins émises par l'équipe de terrain : qu'est-ce qui marche bien ? Qu'est-ce qui ne marche pas ?
Q5 : opinion sur les prélèvements : ce qui est prévu ? Et ce qui se fait ?

Q6 : points de vue sur la prise en charge : ce qui est prévu ? Et ce qui se fait ? Qu'est-ce qui marche bien ? Qu'est-ce qui marche moins bien ?

Q7 : quelles étaient les attentes du projet ? Qu'est-ce qui a bien marché ? Qu'est-ce qui marche moins bien ?

Q8 : point de vue sur les moyens (démarche) de mobilisation du projet.

Q9 : quelle est la finalité du projet ?

5 Motivation/rétribution des relais communautaires

Q10 : quelles étaient vos motivations dans le projet ? (rémunération mensuelle, par femme, formation, per diem, estime de soi, etc.)

IV. Niveau d'implication des relais et opinion sur les activités du projet

6 Rôle du relais communautaire sur le projet

Q1 : qu'est-ce qu'on vous a demandé de faire comme activité ?

Q2 : dans la réalité qu'est-ce que vous avez fait ?

Q3 : combien de femmes chaque relais devrait-il identifier dans la communauté ?

Q4 : qu'est-ce qui a été dit au cours des réunions périodiques ?

Q5 : qu'est-ce que vous avez retenu ?

Q6 : qui est-ce qui coordonnait vos activités sur le terrain ?

Q7 : qui sont les femmes que vous identifiez ? Des proches ? Des amies ? Des voisines ? Des parentés ?

Q8 : combien de femmes vous avez identifié pour le projet ?

Q9 : comment se fait l'identification des femmes ?

Q10 : comment est-ce que ces femmes sont reconnues dans la communauté (critères d'identification) ?

Q11 : par qui est-ce que les femmes sont identifiées ?

Q12 : par quelles stratégies est-ce que vous rentrez en contact avec les femmes ?

Q13 : quels sont les critères d'inclusion des femmes identifiées ?

Q14 : comment se font les inclusions des participantes au projet ?

Q15 : est-ce que l'équipe de terrain vous sollicite pour programmer des rendez-vous ou bien faire des relances sur le terrain ? Si oui comment est-ce que vous les faites ? Avec quels moyens ?

7 Opinion et suggestions pour une meilleure implication des relais dans le projet

Q16 : comparativement à ce que vous faisiez est-ce qu'il y a eu un surplus de travail ? Comment est-ce que vous arrivez à gérer les deux activités sur le terrain ?

Q17 : quelles sont vos suggestions pour améliorer l'implication des relais dans les projets de recherche ?

Q18 : quelle est votre opinion sur la concentration des relais communautaires à Ganvié ?

Q19 : quelle est votre opinion sur la concentration des refus à Ganvié et Sô-Tchanhoué ?

8 Structures/personnes ayant influencé positivement et négativement le projet

Q20 : qui sont les personnes qui ont influencé positivement ou négativement le programme ? (relais communautaires ? conjoints ? parents de participantes ? acteurs religieux ? agents de santé ? autres acteurs de la communauté ?)

Q21 : à quel moment (communication/sensibilisation, information lors de l'administration de la fiche d'information, signature du formulaire de consentement) ?

Q22 : en disant quoi (communication sur les objets symboliquement très sensibles) ? Dans quelle langue (du français en Tofin ou du fon en tofin) ?

Q23 : en faisant quoi (a-t-on traduit fidèlement aux enquêtés ce qui est écrit) ? Qu'est-ce qui a été dit et qu'est-ce qui est compris ?

Q24 : ceux qui ont fait cet exercice ont – ils reçu une formation à communiquer

Q25 : ce sont-ils appropriés des informations, des concepts indiqués pour la circonstance ? sont-ils crédibles ? Inspirent-ils la confiance des communautés pour pouvoir communiquer sur les filles, les femmes ? Quelle a été la réaction des parents après le consentement ?

V. Interaction entre relais communautaires et les autres acteurs

9 Mode de fonctionnement de l'équipe de recherche

Q1 : est-ce que vous aviez eu des rencontres périodiques avec l'équipe de terrain ?

Q2 : ou avec les relais d'autres localités dans le cadre de vos activités dans le projet ?

Q3 : à quelle occasion ?

Q4 : pour quelle fin ?

10 Nature des relations entre relais communautaires et les autres acteurs

Q6 : relations entre vous, l'équipe de terrain et les agents de santé de Sô-Ava : qu'est-ce qui marche bien ? Quel problème avez-vous eu avec eux ?

Q7 : relations entre vous et les autres relais communautaires des autres localités ?

Q8 : relations entre vous et les deux relais de l'équipe de terrain : qu'est-ce qui a marché ? Qu'est-ce qui n'a pas marché ?

Q9 : relations entre vous et les responsables du projet : qu'est-ce qui a marché ? Qu'est-ce qui n'a pas marché ?

Q10 : relations entre vous et les participantes : qu'est-ce qui marche bien ? Qu'est-ce qui marche moins bien ? Quel problème avez-vous eu avec eux ?

Q11 : relations entre vous et les conjoints des participantes : Qu'est-ce qui a marché ? Qu'est-ce qui n'a pas marché ? Quel problème avez-vous eu avec eux ?

Q12 : points de vue sur les agents de suivi : évolution du suivi, qu'est-ce qui marche bien ? Quel problème avez-vous eu avec eux ?

Q13 : relations avec autres personnes (confession religieuses) : qu'est-ce qui marche bien ? Quel problème avez-vous eu avec eux ?

VI. Stratégies/implication des RC dans l'atteinte des objectifs du projet

Q1 : démarches menées pour maintenir les participantes dans le projet

Q2 : démarches menées pour ramener les refus dans le projet.

Q3 : stratégies de relance au cas de refus

Q4 : quelles sont les insuffisances que vous relevez à la démarche d'inclusion et de suivi des participantes au projet ?

Q5 : quelles sont les difficultés auxquelles vous avez été confrontées ?

Q6 : qu'est-ce qu'on peut faire pour contourner ces difficultés à l'avenir ?

A2. Grille d'observation

- Environnement/espace de soins et organisation de cet espace
- Mouvements des relais et des agents impliqués dans le projet
- Circuits des soins du début jusqu'à la sortie
- Les rapports entre différents acteurs et groupes d'acteurs (relais communautaires, infirmiers, médecins, sages-femmes, participantes, parents de participantes, conjoints, etc.)
- Le dispositif de consultation
- Le positionnement des patients
- Déroulement des consultations et interactions entre agents de santé, relais et participantes
- Relations entre participantes, relais et infirmier lors des prélèvements sanguins
- Relations entre relais communautaires, agents de l'étude et accompagnants des malades
- Les différents services et les patients
- Participantes au projet dans les usagers, comment elles sont identifiées ?

Table des matières

Sommaire	3
Dédicace	4
Remerciements	5
Sigles et acronymes	6
Résumé	7
Abstract	7
Introduction	8
Première partie : Cadre théorique et approche méthodologique de la recherche	11
Chapitre 1 : Cadre théorique de la recherche	12
1.1 Problématique : « Relais communautaire » et médiation dans une intervention.....	12
1.2 Hypothèse	18
1.3 Objectifs.....	18
1.3.1 Objectif général.....	18
1.3.2 Objectifs spécifiques	18
1.4 Cadre de référence théorique	19
1.4.1 L’approche socio-histoire	19
1.4.2 Modèle de communication d’Harold Lasswell	21
1.5 Clarification conceptuelle	23
1.6 Pertinence du choix du sujet	30
1.7 Revue de littérature.....	33
Chapitre 2: Approche méthodologique de la recherche	38
2.1 Cadre de la recherche	38
2.1.1 Au plan géographique	38

2.1.2	Au plan historique et socio-culturel	38
2.1.3	Au plan sanitaire	38
2.3.4	Bref aperçu sur le projet PlacMalVac	39
2.2	Nature de la recherche	40
2.3	Groupes cibles et échantillonnage	41
2.4	Techniques et outils de collecte des données	41
2.5	Organisation de la collecte de données.....	42
2.5.1	Phase préparatoire de l'enquête	42
2.5.2	Enquête intensive : entretiens et observations	42
2.6	Technique de traitement et d'analyse des données.....	43
2.6.1	Traitement des données.....	43
2.7	Difficultés et limites de la recherche	44
Deuxième partie : Du choix des relais communautaires à leur investissement dans les étapes du projet.....		46
Chapitre 3 : Choix et formation des relais communautaires		47
3.1	Critères de choix des relais communautaires	47
3.2	Identification des relais communautaires	49
3.3	Profils des relais communautaires et expériences antérieures.....	52
3.4	Formation des relais communautaires	54
3.4.1	Initiation théorique à l'utilisation du GPS et la réalisation du test de grossesse	54
3.4.2	La pose de lame	56
3.5	Connaissance et compréhension du projet.....	57
3.6	Modalités d'implication des relais communautaires	58
3.6.1	Adhésion des relais communautaires.....	58
3.6.2	Rétribution matérielle : contractuelle et libre	60
3.6.3	Rétribution symbolique des relais communautaires	62

Chapitre 4 : Participation sociale des relais communautaires et stratégies de maintien des participantes	65
4.1 Information et sensibilisation autour du projet : acteurs, stratégies, cibles, messages, effets obtenus	65
4.1.1 Acteurs impliqués dans l’information et la sensibilisation	65
4.1.2 Sensibilisations de masse avant les inclusions.....	66
4.1.3 Sensibilisations de proximité en contexte de propagation de rumeurs	68
4.1.4 Sensibilisations de proximité comme stratégie de maintien des femmes	69
4.1.5 Messages délivrés et préoccupations des populations	71
4.2 Identification des participantes : une démarche complexe et approximative.....	73
4.3 Recueil du consentement et inclusions : les relais comme « représentant »	75
4.4 Visites à domicile et identification des domiciles des femmes	76
4.5 Suivi des cohortes et gestion des urgences	77
4.5.1 Rappel des activités prévues et non prévues par l’équipe.....	77
4.5.2 Gestion des références des patientes par les relais.....	79
4.5.3 Gestion de l’achat des médicaments	81
4.6 Rapports conflictuels entre relais communautaires et les communautés	82
Conclusion.....	84
Références bibliographiques	87
Annexes	93
A1. Guide interview relais communautaires	93
A2. Grille d’observation	96