

Évaluation du Paquet d'Intervention à Haut Impact (PIHI) Communautaire au Bénin

Evaluation of the Community High Impact Intervention Package (PIHI) in Benin

ATIOGBE Kougbessi Gélase,

Doctorante, Auteur correspondant
Institut Régional de Santé Publique de Ouidah,
Université d'Abomey-Calavi, Ouidah,
Bénin

SOPOH Ghislain Emmanuel

Enseignant chercheur, Professeur titulaire
Institut Régional de Santé Publique de Ouidah,
Université d'Abomey-Calavi, Ouidah,
Bénin

OUENDO Edgard-Marius Dona

Enseignant chercheur, Professeur titulaire
Institut Régional de Santé Publique de Ouidah,
Université d'Abomey-Calavi, Ouidah,
Bénin

Date de soumission : 15/05/2025

Date d'acceptation : 10/06/2025

Pour citer cet article :

ATIOGBE. K. G. & al. (2025) «Évaluation du Paquet d'Intervention à Haut Impact (PIHI) Communautaire au Bénin », Revue Internationale du chercheur « Volume 6: Numéro 2» pp : 1156-1182

Résumé

Introduction: Le Paquet d'Interventions à Haut Impact Communautaire (PIHI Com) vise à améliorer l'accès aux soins en milieu rural.

Objectif: Evaluer l'impact du PIHI Com sur la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto-juvéniles, l'amélioration des pratiques sanitaires et l'accès aux soins.

Méthodologie: L'étude utilise une approche qualitative, combinant entretiens semi-dirigés et analyse documentaire. La méthode d'échantillonnage est non probabiliste et repose sur un choix raisonné. Trois cadres conceptuels sont utilisés pour l'analyse: la théorie des parties prenantes, le cadre des systèmes de santé de l'OMS et la théorie de l'empowerment communautaire. L'étude implique 34 acteurs locaux et professionnels de santé.

Résultats: Le PIHI a contribué à la réduction de la mortalité infanto-juvénile en permettant une prise en charge rapide de maladies comme le paludisme et les infections respiratoires. Le programme a également amélioré les pratiques sanitaires, notamment l'allaitement exclusif, l'hygiène et l'utilisation des moustiquaires grâce à l'implication des relais communautaires.

Discussion: L'analyse révèle plusieurs limites notamment un manque de coordination, une gestion non optimale des ressources et des résistances culturelles.

Conclusion: pérennité du programme requiert un suivi rigoureux conforté par une gestion rigoureuse des ressources pour en faire un modèle de santé en Afrique.

Mots clés : Evaluation ; PIHI ; Communautaire ; Relais ; Bénin.

Abstract

Introduction: The High Impact Community Intervention Package (HICP) aims to improve access to healthcare in rural areas.

Objective: To assess the impact of the HICP on reducing infant and child morbidity and mortality, improving health practices, and access to healthcare.

Methodology: The study uses a qualitative approach, combining semi-structured interviews and document analysis. The sampling method is non-probability and based on purposive selection. Three conceptual frameworks are used for the analysis: stakeholder theory, the WHO health systems framework, and community empowerment theory. The study involves 34 local stakeholders and healthcare professionals.

Results: The HICP has contributed to reducing infant and child mortality by enabling rapid treatment of diseases such as malaria and respiratory infections. The program also improved health practices, including exclusive breastfeeding, hygiene, and mosquito net use, thanks to the involvement of community health workers.

Discussion: The analysis reveals several limitations, including a lack of coordination, suboptimal resource management, and cultural resistance.

Conclusion: The program's sustainability requires rigorous monitoring, supported by rigorous resource management, to make it a health model in Africa.

Keywords: Evaluation; PIHI; Community; Health Workers; Benin.

Introduction

Depuis la Déclaration d'Alma-Ata (1978), les soins de santé primaires (SSP) sont reconnus comme essentiels pour garantir l'équité en matière de santé et atteindre la couverture sanitaire universelle. Ces initiatives ont mis en lumière l'importance de systèmes de santé intégrés et d'approches participatives, où les communautés sont des acteurs clés dans l'amélioration de leur propre santé (Idriss-Wheeler *et al.* 2024).

En Afrique, la santé communautaire est devenue un pilier central dans les stratégies de couverture sanitaire universelle (CSU). Dans cette optique, en novembre 2023, Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC) a mis en place un mécanisme de coordination continentale visant à renforcer les systèmes de santé communautaire. Cet outil, conçu pour pallier des défis tels que le financement insuffisant et la fragmentation des politiques, ambitionne de recruter deux millions de travailleurs de santé communautaire et de promouvoir des systèmes de santé résilients et durables (Africa CDC, 2023a). Le rôle de ces relais communautaires est crucial, en particulier dans les contextes de crise sanitaire. Ces agents, en première ligne dans la prévention et la détection des maladies, comblent le manque de professionnels de santé dans les zones rurales. Les engagements récents de partenaires internationaux, tels que le Global Fund et l'USAID, renforcent cette approche en soutenant le financement et l'intégration des relais communautaires dans les systèmes de santé nationaux (Africa CDC, 2023b).

Au Bénin, le **Paquet d'Interventions à Haut Impact Communautaire (PIHI Communautaire)**, lancé en 2016, incarne cette approche participative. Cette initiative, mise en œuvre par le ministère de la Santé avec le soutien d'organisations internationales, vise à réduire la morbidité et la mortalité maternelles, néonatales et infantiles. Le PIHI repose sur un ensemble d'interventions telles que la prise en charge des maladies infantiles, la sensibilisation à l'hygiène et à la nutrition, et l'amélioration de l'accès aux soins préventifs et curatifs (Rapport PIHI Communautaire, 2023). Les relais communautaires jouent un rôle central dans ce dispositif, notamment à travers leur participation à la prévention et au traitement des maladies courantes, la sensibilisation communautaire et la collecte de données pour les systèmes de santé locaux. Ces acteurs servent de pont entre les populations et les services de santé, contribuant à réduire les disparités et à renforcer la résilience communautaire (Idriss-Wheeler *et al.* 2024).

Toutefois, malgré ces acquis, des problèmes structurels et opérationnels persistent, remettant en question la pérennité et l'efficacité du PIHI.

Dans cette étude, un guide d'entretien structuré a permis de recueillir des données narratives, complétées et vérifiées par l'analyse de documents existants. Cet article explore la mise en œuvre et les résultats du PIHI Communautaire, en mettant un accent particulier sur le rôle des relais communautaires. À travers une analyse approfondie avec Dedoose et NVIVO, il vise à identifier les enseignements et les défis pour pérenniser et optimiser cette initiative au Bénin.

Ainsi, la problématique centrale de cette étude se formule comme suit : Comment le PIHI Communautaire peut-il continuer à améliorer l'accès aux soins de santé primaires tout en surmontant les défis liés à la motivation des relais communautaires, aux contraintes logistiques et à l'implication durable des parties prenantes ? Cette étude qualitative est basée sur des entretiens semi-dirigés et une analyse documentaire. L'échantillonnage est non probabiliste, avec une sélection raisonnée des profils.

L'article débutera par une **introduction**, après suivra la présentation brève du **cadre Conceptuel** ainsi que la **méthodologie** utilisée. Ensuite, **les résultats** issus des diverses analyses et la discussion qui s'appuie sur plusieurs recherches. Enfin, la **conclusion** résumera les points essentiels et proposera une réponse à la problématique, tout en ouvrant éventuellement sur une réflexion plus large.

1. Cadre Conceptuel et méthodologie

1.1. Cadre Conceptuel

Pour analyser l'impact, les défis et les opportunités d'amélioration du Paquet d'Interventions à Haut Impact Communautaire (PIHI) au Bénin, cette étude s'appuie sur une combinaison de trois cadres conceptuels complémentaires : la théorie des Parties Prenantes de Freeman, (1984), le cadre des Systèmes de Santé de l'OMS (2007), et la théorie de l'Empowerment Communautaire de Rappaport, (1987). Ensemble, ces cadres offrent une perspective multidimensionnelle permettant de comprendre les interactions entre les acteurs, les structures du système de santé et l'autonomisation des communautés.

La théorie des Parties Prenantes met en lumière le rôle des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PIHI, en analysant leurs interactions, intérêts et contributions. Ce cadre permet d'évaluer l'implication des relais communautaires en tant qu'acteurs clés de la sensibilisation et de la prestation des soins de santé primaires, ainsi que celle des ONG, des autorités sanitaires et des communautés bénéficiaires. En examinant la manière dont ces parties prenantes collaborent et alignent leurs objectifs, cette théorie identifie les insuffisances dans la

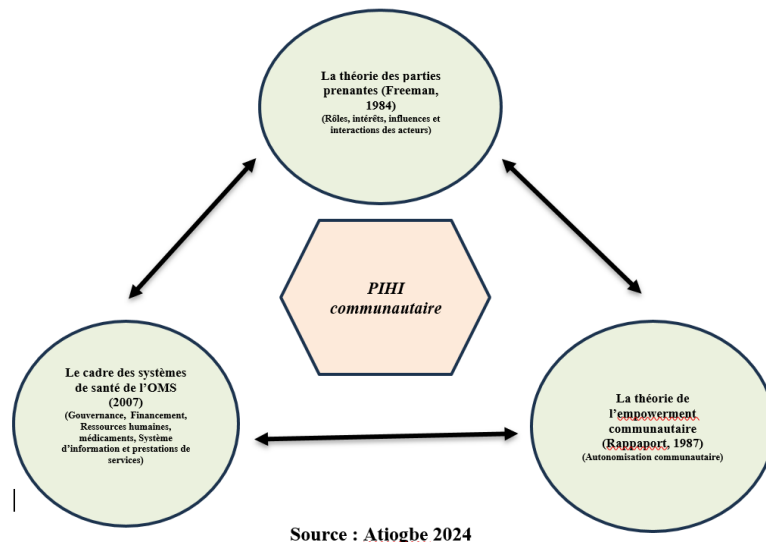
coordination et propose des mécanismes pour renforcer la synergie et améliorer l'efficacité globale du programme.

Le Cadre des systèmes de santé de l'OMS structure l'analyse autour de six composantes essentielles à la performance d'un système de santé : la gouvernance, le financement, les ressources humaines, l'approvisionnement en intrants, les systèmes d'information sanitaire et la prestation des services. En appliquant ce cadre au PIHI, il est possible d'identifier les forces et les faiblesses de chaque composante. Par exemple, la gouvernance du PIHI s'appuie sur une coordination entre le ministère de la santé et les ONG, mais des défis subsistent dans le suivi des relais communautaires. L'analyse du financement met en évidence des ressources insuffisantes pour motiver durablement les relais et garantir un approvisionnement constant en intrants médicaux. Le système d'information sanitaire, bien que présent, nécessite des améliorations pour collecter et utiliser efficacement les données. Ce cadre guide ainsi les recommandations pour renforcer les aspects structurels du PIHI.

La théorie de l'Empowerment Communautaire examine dans quelle mesure le PIHI contribue à renforcer l'autonomie des communautés dans la gestion de leur santé. Ce cadre explore l'impact des relais communautaires sur l'adoption de pratiques sanitaires et l'amélioration de l'accès aux soins. Il évalue également les transformations comportementales des bénéficiaires grâce aux activités de sensibilisation et d'éducation. L'objectif est de déterminer si les interventions du PIHI favorisent une appropriation durable des initiatives par les communautés, tout en identifiant les obstacles restants à leur pleine autonomisation.

En combinant ces trois cadres, l'analyse du PIHI au Bénin devient holistique et équilibrée. La théorie des parties prenantes permet de comprendre les dynamiques d'acteurs, le cadre des systèmes de santé de l'OMS met en exergue les forces et faiblesses structurelles, et la théorie de l'Empowerment communautaire évalue les transformations au niveau communautaire. Cette approche intégrée garantit une compréhension approfondie des enjeux et oriente les recommandations pour améliorer l'efficacité, la pérennité et l'appropriation des interventions de santé communautaire au Bénin.

Figure N°1 Cadre conceptuel de l'évaluation du PIHI Communautaire



Ce schéma montre que les trois cadres conceptuels sont **complémentaires** et offrent une **analyse complète et multidimensionnelle** de l'impact du PIHI au Bénin. Chaque cadre éclaire un aspect essentiel du programme, et leur **interaction** permet de comprendre comment les structures, les acteurs et l'autonomisation communautaire influencent le succès ou les limites de l'initiative du PIHI Communautaire.

Le cadre conceptuel utilisé dans cette étude repose sur l'articulation de trois modèles théoriques complémentaires : la théorie des parties prenantes de Freeman (1984), le cadre des systèmes de santé de l'OMS (2007), et la théorie de l'empowerment communautaire de Rappaport (1987). Cette combinaison vise à offrir une lecture holistique du fonctionnement, des forces, des limites et des leviers d'action du PIHI Communautaire au Bénin.

1.1.1. La théorie des parties prenantes (Freeman, 1984)

Cette approche permet d'identifier les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PIHI et d'analyser leurs rôles, intérêts, influences et interactions. Elle éclaire notamment :

- Le rôle central des relais communautaires dans la diffusion et la mise en œuvre des interventions;
- L'importance des ONG à travers leurs responsables et des autorités sanitaires pour l'encadrement, la supervision et l'approvisionnement ;

- La place des bénéficiaires et des leaders communautaires dans l'appropriation des pratiques de santé ;
- Les insuffisances de coordination interinstitutionnelle qui nuisent à la synergie et à l'efficacité du programme.

1.1.2. Le cadre des systèmes de santé de l'OMS (2007)

Ce cadre dans sa structuration fait l'analyse du PIHI à travers six composantes clés qui déterminent la performance d'un système de santé :

- Gouvernance : coordination entre les différents acteurs à divers niveaux ;
- Financement : ressources disponibles pour motiver les relais et garantir l'approvisionnement ;
- Ressources humaines : disponibilité, formation et fidélisation des relais communautaires ;
- Intrants médicaux : régularité et qualité de l'approvisionnement en médicaments et équipements ;
- Système d'information sanitaire : capacité à collecter, analyser et utiliser les données de terrain ;
- Prestation de services : accessibilité, continuité et qualité des soins fournis aux communautés.

Ce cadre permet de repérer les forces et les faiblesses structurelles du PIHI, et oriente les recommandations visant à renforcer les fondations du programme.

1.1.3. La théorie de l'empowerment communautaire (Rappaport, 1987)

Cette approche examine comment les interventions du PIHI favorisent (ou non) l'autonomisation des communautés. Elle permet d'évaluer :

- L'appropriation progressive des pratiques sanitaires par les populations (allaitement exclusif, hygiène, nutrition, etc.) ;
- Le changement de comportements de santé à travers l'éducation et la proximité ;
- Les résistances socioculturelles qui freinent l'application durable des recommandations ;

- Le niveau d'engagement citoyen et la capacité des communautés à prendre part activement à la gestion de leur santé.

L'interaction entre ces trois cadres permet une analyse transversale et dynamique du PIHI Communautaire. Ainsi, ce cadre conceptuel triangulé permet non seulement de comprendre les résultats obtenus, mais aussi de mettre en lumière les conditions nécessaires à une amélioration durable du PIHI Communautaire dans le contexte béninois.

1.2.Méthodologie

Cette étude adopte une **approche qualitative**, privilégiant une combinaison d'entretiens semi-dirigés et d'analyse documentaire. La méthode utilisée est non probabiliste. Les profils ont été sélectionnés sur la base d'un choix raisonné. Pour les entretiens, un guide d'entretien a été utilisé. Les entretiens ont permis de recueillir des données narratives, tandis que l'analyse documentaire complète et triangule ces informations à partir de sources existantes.

Les entretiens ont porté sur six composantes principales du PIHI-Communautaire :

1. Prise en charge présomptive du paludisme chez les enfants de 0-59 mois
2. Prise en charge de la diarrhée chez les enfants de 0-59 mois
3. Prise en charge des IRA/pneumonie chez les enfants de 0-59 mois
4. Protection des enfants de 0-5 ans par moustiquaire imprégnée
5. Dépistage et prise en charge de la malnutrition aiguë modérée
6. Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois

1.2.1. Populations étudiées

Les populations ciblées dans le cadre de cette recherche sont constituées de plusieurs acteurs impliqués dans le PIHI-Communautaire. Ce sont notamment :

- Les professionnels de santé (médecins coordinateurs de zone, infirmiers responsables et Chargés de la Recherche et d'Appui à la Mobilisation Sociale (CRAMS))
- Les responsables d'ONG locales (gestionnaires de projet, responsables suivi évaluation)
- Les facilitateurs d'ONG
- Les élus locaux (chefs de quartiers, chefs villages)

- Les leaders d'opinion (relais communautaire et responsables d'associations communautaires, responsables de groupes spécifiques).

Le nombre total des enquêtés qui étaient trente-quatre (34) a été déterminé selon le principe de saturation, couramment utilisé en recherche qualitative. Ce principe consiste à arrêter la collecte des données lorsqu'aucune information nouvelle significative n'émerge des entretiens. Autrement dit, les réponses devenant redondantes à partir du 29ème enquêté et il a été jugé que les données recueillies étaient suffisantes pour atteindre les objectifs de l'étude. Néanmoins six autres enquêtés ont été enrôlés pour garantir une profondeur d'analyse tout en évitant une collecte excessive ou inutile.

1.2.2 Méthode d'analyse

L'encodage, l'analyse de contenu et le nuage des mots ont été faits à l'aide des logiciels Dedoose version et de Nvivo 15. Les données recueillies sont analysées par une approche thématique, permettant d'identifier les tendances, les insuffisances, et les points saillants dans les pratiques et perceptions. Cette méthode repose sur un codage systématique des données pour faire émerger des catégories et thèmes récurrents. Ainsi en évaluant le niveau de connaissance des acteurs sur les composantes du PIHI-Communautaire. Trois catégories ont été identifiées :

- ✓ Bonne connaissance des composantes
- ✓ Connaissance partielle des composantes
- ✓ Faible/mauvaise connaissance des composantes.

Une analyse thématique a été effectuée pour chacune des six composantes principales du PIHI-Communautaire, en examinant :

- ✓ La compréhension des procédures de prise en charge
- ✓ La connaissance des outils et médicaments utilisés
- ✓ La compréhension des critères de référencement
- ✓ La perception de l'efficacité des interventions

Les informations recueillies ont été par la suite comparées entre les différents types d'acteurs pour identifier les convergences et les divergences dans la compréhension et la mise en œuvre du PIHI-Communautaire. L'étude a également examiné les défis rencontrés dans la mise en œuvre du programme et les opportunités d'amélioration identifiées par les acteurs.

2. Résultats :

2.1. Profils des enquêtés et temps écoulé au cours de l'entretien

2.1.1. Profils des enquêtés

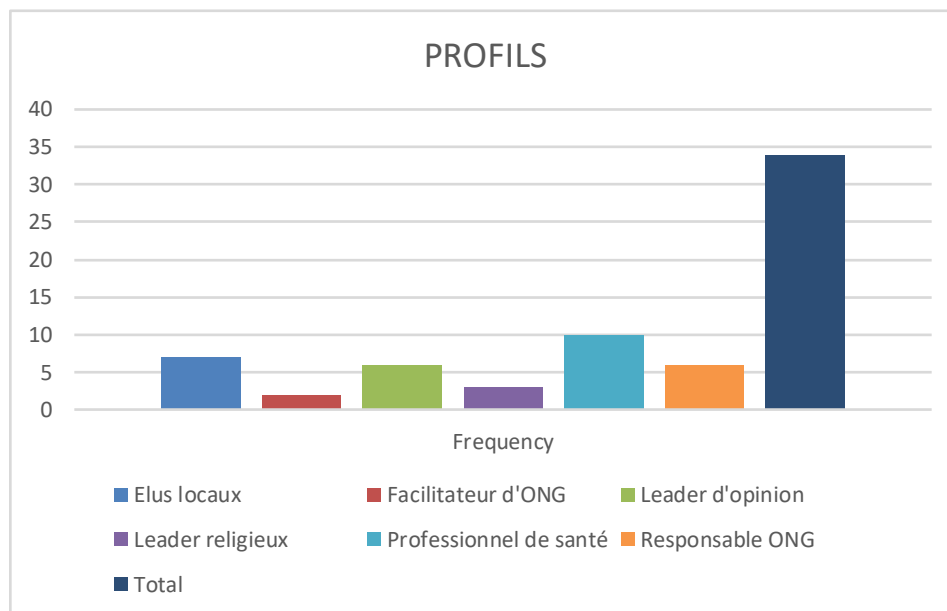


Figure 2 : Profils des enquêtés dans l'évaluation du Paquet d'Intervention à Haut Impact au niveau Communautaire

L'échantillon est composé de profils variés, majoritairement des professionnels de santé (29,41 %), suivis des élus locaux (20,59 %). Les leaders d'opinion, les responsables d'ONG locales (17,65 % chacun) et leaders religieux (8,82 %) apportent une dimension sociale et communautaire. Les facilitateurs d'ONG (2,94 %) représentent un profil plus spécifique. Cette diversité reflète une approche inclusive et multidisciplinaire, favorisant une représentativité équilibrée des acteurs. (Cf figure ci-dessus).

2.1.2. Temps écoulé au cours des entretiens

Tableau II : Récapitulatif du Temps écoulé au cours de l'entretien dans l'évaluation du Paquet d'Intervention à Haut Impact au niveau Communautaire

| Profil | Temps écoulé au cours de l'entretien (en secondes) |
|--------------------------|--|
| Elu local 1 | 2996 |
| Professionnel de santé 1 | 2948 |
| Leader d'opinion 1 | 1800 |
| Responsable ONG 1 | 2469 |
| Facilitateur d'ONG 1 | 1522 |
| Leader d'opinion 2 | 3779 |

| Profil | Temps écoulé au cours de l'entretien (en secondes) |
|---------------------------|--|
| Elu local 2 | 2313 |
| Responsable ONG 2 | 2549 |
| Leader d'opinion 3 | 3699 |
| Responsable ONG 3 | 2941 |
| Professionnel de santé 2 | 3331 |
| Professionnel de santé 3 | 5210 |
| Professionnel de santé 4 | 4398 |
| Responsable ONG 4 | 3540 |
| Professionnel de santé 5 | 2123 |
| Leader d'opinion 4 | 2099 |
| Elu local 3 | 2032 |
| Leader d'opinion 5 | 1814 |
| Responsable ONG 5 | 4624 |
| Elu local 4 | 2394 |
| Professionnel de santé 6 | 3312 |
| Facilitateur d'ONG 2 | 4100 |
| Leader religieux 1 | 1415 |
| Professionnel de santé 7 | 2954 |
| Responsable ONG 6 | 2563 |
| Leader religieux 2 | 3852 |
| Professionnel de santé 8 | 2456 |
| Elu local 5 | 1865 |
| Professionnel de santé 9 | 4271 |
| Elu local 6 | 2322 |
| Elu local 7 | 2111 |
| Leader religieux 3 | 1338 |
| Leader d'opinion 6 | 3180 |
| Professionnel de santé 10 | 3546 |

Comme l'indique le tableau ci-dessus, le total d'enquêtée était de 34, le temps minimum écoulé au cours d'un entretien est de 1338 secondes et le temps maximum est de 5210 secondes. Le temps total de tous les entretiens est de 97866 secondes et le temps moyen au cours de ces entretiens était de 2878,41 secondes.

2.2. Résultats : PIHI Communautaire et rôles et contribution des relais communautaires

2.2.1. PIHI Communautaire

Le PIHI communautaire (Paquet d'Interventions à Haut Impact au niveau communautaire) est une stratégie mise en œuvre pour renforcer les systèmes de santé communautaire en s'appuyant sur des interventions éprouvées, axées sur des domaines prioritaires tels que la santé maternelle et infantile, la santé sexuelle et reproductive, et l'hygiène (WASH en anglais). Ce programme mobilise des acteurs locaux comme les relais communautaires, les agents de santé

communautaire et les ONG, pour offrir des services de santé de qualité directement dans les communautés, en ciblant notamment les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans, et d'autres populations vulnérables.

L'objectif principal est d'améliorer l'accès équitable aux soins de santé et de réduire la mortalité maternelle et infanto-juvénile. Ce programme repose sur une approche participative et inclusive, intégrant les autorités locales, les ONG et les leaders communautaires. Il vise également à renforcer les compétences techniques et institutionnelles des acteurs impliqués pour garantir la pérennité des résultats obtenus (Advancing Partners & Communities, 2019 ; Journal la nouvelle tribune, 2017 ; Perry & Hodgins, 2021).

2.2.2. Définition et statut des relais communautaires

Le relais communautaire, fait référence à un ensemble d'initiatives et de structures organisées au sein des communautés pour améliorer l'accès aux soins de santé, en particulier dans les contextes de faibles ressources, de conflits et d'urgences humanitaires. (Archive of public health, 2023 ; Plos one, 2023 ; Lehmann & Sanders, 2007).

Ainsi, le relais Communautaire encore appel travailleurs de santé communautaire, désigne une approche intégrée qui met en avant la participation des communautés locales, le renforcement des capacités des travailleurs de la santé communautaires, et l'adaptation des interventions aux réalités contextuelles, tout en cherchant à améliorer les résultats de santé au sein des populations les plus vulnérables. (Archive of public health, 2023 ; Plos one, 2023).

2.2.3. Distinction entre relais « paquet complet » et « paquet promotionnel »

✓ Relais communautaire « paquet promotionnel »

Un relais communautaire est dit « relais paquet promotionnel » lorsqu'il prend part aux activités de sensibilisation des populations. En effet, les relais paquet promotionnel sont supposés vivre dans les environs des centres de santé, c'est-à-dire à une distance de moins de 5 km du centre de santé et mènent leur activité de sensibilisation des communautés environnantes. C'est fait ainsi afin qu'ils puissent orienter ces communautés au centre de santé dès qu'un mal survient.

✓ Relais communautaire « paquet complet »

Les relais communautaires paquet complet sont des relais qui font non seulement la sensibilisation des communautés sur les bonnes pratiques sanitaires mais font aussi la prise en charge de certaines affections dont le paludisme, la diarrhée, les IRA, etc. à travers l'utilisation des tests de diagnostic rapide pour confirmer ou infirmer la présence de paludisme et

l'utilisation des solutions de réhydratation orales en cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans. En effet, les relais communautaires paquet complet résident au sein des communautés qui elles-mêmes vivent à une distance de plus de 5 km du centre de santé.

2.2.4. Rôles principaux des relais communautaires

2.2.4.1. Sensibilisation, prévention et prise en charge curative.

Les relais communautaires jouent un rôle clé dans la diffusion de messages éducatifs et la mobilisation communautaire. Ils sensibilisent les populations aux pratiques de santé essentielles, comme l'importance des vaccinations, la nutrition infantile, et les méthodes de prévention des maladies transmissibles (Bhutta et al., 2010). En utilisant des moyens adaptés au contexte local (langue, coutumes, traditions), ils favorisent une meilleure compréhension et adoption des pratiques sanitaires, en ciblant particulièrement les groupes vulnérables tels que les femmes enceintes et les jeunes enfants.

Ils participent à des campagnes de prévention (paludisme, VIH/SIDA, diarrhée, etc.), souvent par la distribution de moustiquaires imprégnées, la promotion de l'eau potable et de l'hygiène, ou encore la distribution des contraceptifs. Leur proximité avec les communautés leur permet d'identifier les facteurs de risque et de les signaler aux agents de santé afin d'intervenir rapidement (Advancing Partners & Communities, 2019 ; Journal la nouvelle tribune, 2017 ; UNICEF, 2021).

Bien qu'ils ne soient pas des professionnels de santé, certains relais communautaires reçoivent une formation de base pour prodiguer des soins simples, comme l'administration d'antipaludiques ou de traitements pour des diarrhées légères.

Ils orientent les cas complexes vers les centres de santé, jouant ainsi un rôle essentiel dans la continuité des soins (Advancing Partners & Communities, 2019).

2.2.4.2. Interface entre communautés et systèmes de santé formels.

Les relais communautaires servent de médiateurs culturels et logistiques entre les structures de santé et les populations locales. Ils traduisent les messages techniques en termes compréhensibles et rapportent les préoccupations ou résistances communautaires aux agents de santé (Advancing Partners & Communities, 2019 ; Journal la nouvelle tribune, 2017).

En étant en contact quotidien avec les communautés, ils identifient les besoins prioritaires, comme les épidémies naissantes ou les obstacles à l'accès aux soins, et transmettent ces informations aux agents de santé pour une réponse rapide.

Grâce à leur appartenance à la communauté, ils instaurent une relation de confiance entre les populations et les services de santé. Cela encourage les communautés à accéder aux services

disponibles et à suivre les recommandations médicales (Advancing Partners & Communities, 2019 ; Journal la nouvelle tribune, 2017).

2.2.5. Formation et supervision des relais

Les relais communautaires jouent un rôle central dans les programmes de santé publique et particulièrement dans le PIHI Communautaire. Leur efficacité repose en grande partie sur une formation initiale et continue adaptée, ainsi que sur un système de supervision rigoureux. Ainsi la formation et supervision sont des activités planifier par le projet, leur fréquence et leur périodicité ont été capitales pour le bon suivi de tout projet (Advancing Partners & Communities, 2019 ; OMS, 2022 ; USAID, 2019).

2.2.5.1 Processus de formation initiale et continue

La formation initiale a pour objectif d'équiper les relais communautaires des connaissances de base et des compétences nécessaires pour remplir leurs rôles (sensibilisation, prévention, prise en charge curative) (Kok et al., 2015). Elle a porté sur plusieurs contenus dont : Santé reproductive, nutrition, maladies courantes (paludisme, diarrhée, VIH/SIDA), hygiène et assainissement. La formation inclut également des modules sur la communication interpersonnelle et la collecte de données. Sa durée variait en fonction des besoins, souvent entre 3 et 10 jours. Elle est intensive et se termine par une évaluation des compétences acquises. Elle s'appuie sur une approche participative incluant des méthodes de présentations, des jeux de rôle, et des études de cas pratiques (Advancing Partners & Communities, 2019 ; OMS, 2022).

La formation continue quant à elle valorisait la mise à jour des connaissances à travers les formations régulières pour intégrer de nouvelles directives sanitaires ou aborder des défis spécifiques en vue d'un renforcement des compétences des relais. Elle fait des focus sur les aspects identifiés comme problématiques, par exemple la gestion des cas ou la communication culturelle. C'est une activité organisée trimestriellement ou semestriellement, selon les besoins locaux et les ressources disponibles, intégrant des technologies comme des applications mobiles pour l'apprentissage continu et la transmission des données (Advancing Partners & Communities, 2019 ; OMS, 2022).

2.2.5.2 Mécanismes de supervision et suivi

L'objectif de la supervision est de garantir la qualité des services offerts et identifier les insuffisances dans la mise en œuvre des tâches en offrant un soutien moral et technique aux relais communautaires (Gilmore & McAuliffe, 2013). Le mécanisme de supervision passe par des visites régulières (mensuelles ou trimestrielles) des agents de santé ou des superviseurs désignés souvent au niveau des centres de santé locaux. Les superviseurs s'attèlent à analyser les rapports d'activité soumis par les relais communautaires. Ces rapports incluent des données sur les visites à domicile, les sensibilisations de groupe, et les cas référés. A travers des rencontres de groupe, des sessions collectives sont organisées par l'équipe de supervision pour discuter des défis communs, partager des expériences, et proposer des solutions. En effet, un soutien matériel et moral est offert aux relais communautaires à travers la distribution de matériel de sensibilisation (brochures, posters) et d'équipements (kits médicaux de base, téléphones pour la communication). Les superviseurs renforcent la motivation des relais communautaires par des incitations non monétaires, comme la reconnaissance communautaire ou des certificats de mérite (Advancing Partners & Communities, 2019 ; OMS, 2022).

2.3. Résultats : Bénéfices et limites du PIHI Communautaire

La mise en œuvre du Paquet d'Intervention à Haut Impact (PIHI) Communautaire au Bénin a permis de relever plusieurs défis liés à l'amélioration de la santé communautaire, notamment dans les zones rurales et périurbaines. Ce programme, axé sur des interventions de proximité, s'appuie sur les relais communautaires pour offrir des soins essentiels et promouvoir des pratiques sanitaires. L'analyse des résultats obtenus met en évidence des bénéfices significatifs, notamment en matière de réduction de la morbidité infanto-juvénile et de renforcement des pratiques préventives. Cependant, des défis subsistent, limitant l'efficacité et la pérennité de certaines actions.

Dans cette section, nous présentons, d'une part, les bénéfices observés en termes de santé et d'accès aux soins, et d'autre part, les limites liées aux ressources humaines, logistiques et financières.

2.3.1. Bénéfices observés

La mise en œuvre du PIHI Communautaire a généré des impacts positifs majeurs sur la santé des populations bénéficiaires. Ces bénéfices se traduisent par une amélioration notable des indicateurs de santé infanto-juvénile, des pratiques sanitaires et de l'accès aux soins dans les zones les plus reculées. Ces avancées, rendues possibles grâce à l'engagement des relais communautaires et des acteurs locaux, témoignent de l'efficacité de cette approche. Les éléments suivants détaillent les résultats obtenus, illustrés par des témoignages des parties prenantes.

2.3.1.1. Réduction de la mortalité et de la morbidité infanto-juvéniles

L'impact du PIHI Communautaire sur la mortalité et la morbidité infanto-juvéniles a été particulièrement notable grâce à l'intervention des relais communautaires. Ces derniers assurent une prise en charge rapide et efficace des affections courantes chez les enfants de moins de 5 ans, notamment le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës (IRA) (Advancing Partners et Communities, 2019 ; OMS, 2022).

« (...) la mise en œuvre réduit considérablement quand même la mortalité infantile... nos villages sont très distants de nos centres de santé. Pour une petite fièvre, si un parent doit faire 10 kilomètres, ce n'est pas évident. Avec cette fièvre, le relais qui est à côté arrive à gérer » (Entretien, Professionnel de santé, octobre 2022).

Par ailleurs, l'introduction des tests de diagnostic rapide (TDR) et des kits de réhydratation orale (SRO) au sein des communautés a joué un rôle crucial.

« (...) le traitement est gratuit en communauté actuellement, les parents ne donnent pratiquement rien » (Entretien, Responsable d'ONG, octobre 2022).

2.3.2. Amélioration des pratiques sanitaires

L'intervention a permis d'améliorer les connaissances et pratiques des mères concernant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, même si des défis persistent dans sa mise en œuvre effective (Plos One, 2023).

« (...) les mamans comprennent que c'est l'allaitement qui permet une bonne croissance de leurs enfants. Elles font des efforts, mais il faut qu'on puisse continuer à travailler pour que l'allaitement soit vraiment exclusif » (Entretien, Responsable d'ONG, octobre 2022).

Les relais communautaires ont également promu des pratiques d'hygiène améliorées grâce à des visites à domicile et des séances éducatives.

« (...) les relais sensibilisent sur l'utilisation des latrines, la consommation d'eau potable et l'hygiène de l'environnement » (Entretien, Agent de santé, octobre 2022).

Concernant la nutrition, l'utilisation de bandelettes tricolores pour dépister la malnutrition et offrir des conseils nutritionnels adaptés a eu un effet positif.

« (...) à travers ces bandelettes, ils identifient les cas de malnutrition et donnent des conseils appropriés » (Entretien, Médecin Coordonnateur de zone, octobre 2022).

2.3.3. Accès renforcé aux soins de proximité

L'accès aux soins de proximité a été significativement amélioré grâce à la présence des relais communautaires dans les zones éloignées des centres de santé. Cela a réduit les distances à parcourir pour obtenir des soins, facilitant ainsi une prise en charge rapide

« (...) les relais sont l'interface entre la population et les centres de santé. Ils aident à réduire les délais de prise en charge » (Entretien, Agent de santé, octobre 2022).

En outre, les relais ont assuré une sensibilisation sur l'utilisation des moustiquaires imprégnées, favorisant ainsi la prévention du paludisme.

« (...) une de leurs tâches est de contrôler la disponibilité des moustiquaires et de veiller à leur utilisation » (Entretien, Médecin Coordonnateur de zone, octobre 2022).

2.4. Défis identifiés

Malgré les avancées significatives apportées par le PIHI Communautaire, plusieurs défis ont été rencontrés lors de sa mise en œuvre. Ces obstacles, répartis entre les dimensions humaines, logistiques et financières, impactent la continuité et l'efficacité des interventions. La

gestion des ressources humaines, la disponibilité des intrants et le financement des activités demeurent des points critiques à adresser pour assurer la pérennité du programme. Dans cette section, nous analysons ces défis en nous appuyant sur des exemples concrets et des témoignages des acteurs impliqués.

2.4.1. Humains : « Renouvellement des relais communautaires et surcharge de travail »

Le renouvellement des relais communautaires constitue un défi, en particulier lorsqu'ils quittent leurs villages pour d'autres opportunités ou raisons personnelles (Freeman, 1984). Cela crée des périodes de transition difficiles pour assurer la continuité des services.

« (...) dès que tu quittes le village, tu ne peux plus être relais du village que tu as quitté, ce qui nécessite de former un remplaçant » (Entretien, Agent de santé, octobre 2022).

De plus, la surcharge de travail affecte la qualité de vie des relais, qui doivent jongler entre leurs responsabilités communautaires et leurs activités personnelles.

« (...) les relais doivent souvent surseoir à leurs activités personnelles pour répondre aux besoins de la communauté » (Entretien, Responsable d'ONG, octobre 2022).

2.4.2. Logistiques : Retards dans l'approvisionnement et supervision irrégulière

Les retards dans l'approvisionnement en intrants médicaux et le manque de supervision régulière ont été fréquemment signalés comme des obstacles à une mise en œuvre efficace du PIHI Communautaire.

« (...) parfois, les intrants ne sont pas disponibles à temps, ce qui retarde la prise en charge » (Entretien, Agent de santé, octobre 2022).

Par ailleurs, les supervisions irrégulières compromettent le suivi des activités et la mise à jour des compétences des relais (Advancing Partners and Communities, 2019).

« (...) le suivi de proximité est essentiel pour éviter les déviations, mais il n'est pas toujours assuré de manière régulière » (Entretien, Responsable d'ONG, octobre 2022).

2.4.3. Financiers : Ressources insuffisantes pour motiver durablement les relais

Bien que des motivations financières aient été mises en place (45 000 F CFA par trimestre), elles restent insuffisantes pour garantir un engagement durable des relais, en particulier face aux exigences croissantes de leur rôle (Rappaport, 1987).

« (...) ces relais reçoivent des primes, mais cela ne compense pas toujours leurs efforts et sacrifices » (Entretien, Médecin Coordonnateur de zone, octobre 2022).

Les relais bénéficient parfois de soutiens indirects de la part des communautés, mais cela reste ponctuel et ne peut remplacer une rémunération adéquate.

« (...) les communautés s'organisent parfois pour aller au champ pour le relais communautaire, mais cela reste occasionnel » (Entretien, Responsable d'ONG, octobre 2022).

2.5. Synthèse sur les mots utilisés lors des entretiens :

Le nuage de mots se présente comme suit :



Figure 3 : Nuage des 1000 premiers mots des entretiens dans l'évaluation du Paquet d'Intervention à Haut Impact au niveau Communautaire au Bénin

Ce « word cloud » permet de repérer rapidement les mots les plus utilisés, les thèmes dominants des transcriptions des entretiens avec les enquêtés. Une analyse exploratoire faite avec le logiciel NVIVO a permis d'identifier le mot principal « communautaire » autour duquel s'articulent les préoccupations exprimées dans des enquêtes pour l'évaluation du PIHI Com.

Cette prédominance lexicale suggère que la notion de communauté occupe une place centrale dans le corpus étudié. Elle est souvent associée à des concepts comme la solidarité, l'engagement collectif, le développement local, et les dynamiques participatives. Ce constat oriente l'interprétation vers une forte valorisation des approches collectives dans les discours analysés.

3. Discussion

3.1. Analyse critique des bénéfiques

L'analyse des bénéfiques du PIHI Communautaire révèle des impacts notables sur la santé des populations, notamment en matière de réduction de la mortalité infantile comme l'a notifié Black et al (2013), d'amélioration des pratiques sanitaires et d'accès aux soins. Cependant, ces résultats, bien que prometteurs, nécessitent une interprétation nuancée. Ils sont fortement influencés par les contextes locaux et les spécificités culturelles, qui conditionnent leur portée et leur pérennité. Cette section explore ces bénéfiques en mettant en lumière à la fois les réussites obtenues et les limites qui les accompagnent, en s'appuyant sur les perceptions des acteurs de terrain.

3.1.1. Impact significatif du PIHI sur les indicateurs de santé

Le PIHI Communautaire a démontré un impact indéniable sur la réduction de la morbidité et de la mortalité infanto-juvéniles dans les zones ciblées. Les données et témoignages mettent en évidence des résultats positifs tels que la prise en charge précoce des affections courantes (paludisme, diarrhée, IRA) et l'amélioration de la santé infanto-juvénile grâce à l'intervention des relais communautaires, ce constat est aussi fait par Bhutta *et al.* (2014). Cependant, l'efficacité du programme reste conditionnée par les spécificités locales, notamment la densité de population, la dispersion géographique des villages et les infrastructures existantes. Comme souligné dans le rapport :

« (...) la mise en œuvre réduit considérablement quand même la mortalité infantile... nos villages sont très distants des centres de santé » (Entretien, Professionnel de santé, octobre 2022).

3.1.2. Appropriation progressive des pratiques sanitaires par les communautés

Bien que certaines communautés aient des résistances culturelles persistantes, les actions de sensibilisation ont favorisé une adoption accrue de pratiques sanitaires telles que l'allaitement maternel exclusif, l'utilisation des moustiquaires imprégnées et l'hygiène environnementale, le

même constat est fait dans l'article Santé, communauté et développement : vers une psychologie sociale de la participation de Campbell et Jovchelovitch (2000). Cependant, des résistances culturelles persistent, notamment dans l'application stricte des recommandations comme l'allaitement exclusif, où certaines mères continuent d'introduire des tisanes et de l'eau malgré les conseils.

« (...) elles font des efforts pour allaiter suffisamment l'enfant... mais quelques tisanes sont encore introduites » (Entretien, Responsable d'ONG, octobre 2022).

Cela illustre que le changement de comportement demande un travail continu pour surmonter les habitudes culturelles profondément ancrées comme l'a dit Glanz *et al.* dans son article « Comportement en matière de santé : théorie, recherche et pratique ». (2015).

3.2. Interprétation des défis

Bien que le PIHI Communautaire ait montré des résultats encourageants, plusieurs défis persistent et limitent l'efficacité de sa mise en œuvre. Ces obstacles, qu'ils soient humains, logistiques ou financiers, mettent en évidence des faiblesses structurelles et organisationnelles qui nécessitent des ajustements pour assurer la pérennité du programme. Cette section examine ces défis en profondeur, en explorant leurs implications pour le fonctionnement du PIHI et les solutions potentielles pour les surmonter, tout en s'appuyant sur les retours d'expérience des parties prenantes.

3.2.1. Le renouvellement des relais reflète l'importance d'une meilleure reconnaissance et d'incitations adaptées

Le renouvellement fréquent des relais communautaires, souvent lié à des départs pour des raisons personnelles ou professionnelles, constitue un défi majeur. Cela met en lumière l'insuffisance des incitations actuelles, malgré des primes et des initiatives ponctuelles de reconnaissance (Kok *et al.* 2015).

« (...) dès que tu quittes le village, tu ne peux plus être relais du village que tu as quitté... il va falloir identifier quelqu'un d'autre et le former » (Entretien, Agent de santé, octobre 2022).

Ces éléments appellent à des réformes pour améliorer la stabilité des relais, notamment par des rémunérations plus compétitives et des perspectives d'évolution (Centers for Medicare, Medicaid Services, 2024).

3.2.2. Les limitations logistiques soulignent l'importance d'un approvisionnement et d'un suivi rigoureux

Les retards dans l'approvisionnement en intrants médicaux et les supervisions irrégulières entravent l'efficacité du PIHI, Rowe *et al.* l'ont souligné aussi (2005). Ces insuffisances ont un

impact direct sur la prise en charge rapide des patients surtout en milieu rural. Le même constat est fait par Tulenko *et al.* (2013).

« (...) parfois, les intrants ne sont pas disponibles à temps, ce qui retarde la prise en charge » (Entretien, Agent de santé, octobre 2022).

Pour garantir l'efficacité du programme, un suivi rigoureux des approvisionnements et une augmentation des fréquences de supervision sont indispensables.

3.3. Positionnement par rapport aux cadres conceptuels

L'analyse des résultats du PIHI Communautaire peut être enrichie en les situant dans des cadres conceptuels pertinents qui permettent de mieux comprendre les dynamiques sous-jacentes et les implications pour les politiques de santé publique. Cette section s'appuie sur trois cadres : la théorie des parties prenantes, le cadre des systèmes de santé de l'OMS et la théorie de l'empowerment communautaire. Ces approches offrent une grille de lecture pour interpréter les forces et limites du programme, tout en mettant en lumière les leviers nécessaires pour renforcer son efficacité et sa durabilité.

3.3.1 Théorie des Parties Prenantes

Le PIHI Communautaire démontre l'efficacité d'une collaboration multisectorielle, mais des insuffisances subsistent dans la coordination entre les différentes parties prenantes. Bryson trouve aussi que ces insuffisances dans la coordination demeurent (2004). Le rôle des ONG et des autorités locales pourrait être renforcé pour soutenir les relais communautaires et répondre aux besoins logistiques et financiers. L'engagement actif des communautés reste également crucial pour garantir la pérennité des acquis. Ce résultat est conforme à celui de Mitchell, Agle et Wood, (1997).

« (...) sans relais, il n'y a pas de PIHI. Mais sans l'appui des ONG et des autorités, le relais est limité » (Entretien, Agent de santé, octobre 2022).

3.3.2 Cadre des Systèmes de Santé de l'OMS

Le PIHI reflète l'importance de deux blocs essentiels du système de santé selon l'OMS : le financement et les ressources humaines. Les contraintes budgétaires limitent les capacités d'incitation et d'approvisionnement, tandis que le manque de relais formés freine l'extension des interventions. Ces défis nécessitent une allocation budgétaire accrue et des politiques de gestion des ressources humaines adaptées comme l'a notifié l'OMS et Van Olmen *et al.* (2010 ; 2012). Cette interprétation s'aligne sur celle de MBALLA ZAMBO Georges (2025) qui trouve qu'il est essentiel de poursuivre les réformes budgétaires orientées vers les résultats, de renforcer les institutions et de garantir une participation inclusive des parties prenantes.

3.3.3 Théorie de l'Empowerment Communautaire

Le PIHI a initié un processus d'autonomisation des communautés grâce à l'action des relais, aux visites à domicile et à la sensibilisation, ce qui est similaire à l'étude de Zimmerman (1995). Cependant, une appropriation totale des pratiques et des responsabilités reste à atteindre. Comme exprimé dans le rapport :

« (...) les relais doivent encore travailler pour que les mères passent du déclaratif à des pratiques effectives » (Entretien, Responsable d'ONG, octobre 2022).

Cela souligne le besoin d'intensifier les efforts éducatifs et de renforcer les structures communautaires pour une meilleure intégration des pratiques sanitaires.

4. Limites de l'étude

4.1. Limites méthodologiques

Cette étude repose principalement sur des données qualitatives issues d'entretiens et de témoignages, ce qui, bien que riche en détails et en perspectives, limite la possibilité de généraliser les résultats à l'ensemble des contextes où le PIHI est mis en œuvre. Les expériences rapportées sont spécifiques aux zones étudiées et pourraient ne pas refléter fidèlement les réalités d'autres régions.

La majorité des données ont été collectées à travers des entretiens, ce qui expose l'étude à un risque de biais dans les réponses des participants. Ces derniers pourraient avoir exprimé des opinions influencées par leur désir de plaire, de protéger leur image ou d'éviter des critiques sur leur travail, compromettant ainsi l'objectivité des informations recueillies.

4.2. Limites opérationnelles

L'accès limité à certaines localités éloignées ou enclavées a restreint la collecte de données dans ces zones. Cela a pu entraîner une représentation partielle de la mise en œuvre du PIHI, en particulier dans les régions les plus reculées où les défis logistiques et les conditions de vie diffèrent significativement.

Le PIHI est mis en œuvre de manière variable selon les zones sanitaires, en fonction des ressources disponibles, de l'implication des relais communautaires et de la supervision locale. Cette hétérogénéité complique l'établissement de conclusions uniformes et peut masquer des disparités importantes dans l'efficacité et les défis du programme.

La majorité des données ont été collectées à travers des entretiens, ce qui expose l'étude à un risque de biais dans les réponses des participants. Ici aussi, comme dans le cas décrit ci-dessus, les participants pourraient avoir exprimé des opinions influencées par leur désir de plaire, de

protéger leur image ou d'éviter des critiques sur leur travail, compromettant ainsi l'objectivité des informations recueillies.

Conclusion

Le PIHI Communautaire a démontré son potentiel à transformer durablement la santé des populations rurales et périurbaines du Bénin. En favorisant une prise en charge de proximité, il a contribué à réduire la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles, à améliorer les pratiques sanitaires et à renforcer l'accès aux soins. Ces avancées sont le fruit d'une approche innovante, reposant sur l'engagement des relais communautaires et la mobilisation des parties prenantes locales.

Cependant, les défis identifiés, qu'ils soient humains, logistiques ou financiers, rappellent que l'efficacité et la pérennité de ce programme dépendent de la capacité à renforcer les structures existantes, à mobiliser des ressources et à encourager une appropriation accrue des interventions par les communautés.

Les perspectives d'amélioration proposées, notamment la mise en place d'un statut rémunéré pour les relais, le renforcement des mécanismes logistiques et l'implication accrue des leaders communautaires, offrent des pistes concrètes pour consolider les acquis du PIHI. En élargissant sa portée et en adaptant ses approches aux réalités locales, ce modèle peut servir de référence pour d'autres initiatives en santé publique.

Ainsi, le PIHI Communautaire incarne une approche prometteuse pour répondre aux besoins des populations vulnérables, à condition que les efforts pour surmonter ses limites soient poursuivis avec détermination et engagement collectif.

BIBLIOGRAPHIE

- Advancing Partners & Communities (APC). (2019). « Strengthening community health systems in Benin: Implementation of PIHI through NGOs and community health workers. » [Internet]. USAID. www.advancingpartners.org
- Africa CDC. (2023a). « Africa CDC inaugurates the first-ever continental community health coordination mechanism. » [Internet]. <https://africacdc.org>
- Africa CDC. (2023b). « Accelerating investment in community health workforce programs in Africa. » [Internet]. <https://africacdc.org>
- Africa Frontline First. (2023). « 2023 in review: Transforming community health through collective action. » [Internet]. <https://www.africafrontlinefirst.org>
- Amref Health Africa. (2024). « Why African nations should invest in community health. » [Internet]. Newsroom Amref. <https://newsroom.amref.org>
- Archives of Public Health. (2023). « Successes, weaknesses, and recommendations to strengthen primary health care: A scoping review. » Arch Public Health.
- Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, De Onis M, et al. (2013). « Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. » Lancet. 382(9890) :427–51. doi :10.1016/S0140-6736(13)60937-X
- Bryson JM. (2004) « Strategic planning for public and nonprofit organizations. » 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, Gaffey MF, Walker N, Horton S, et al. (2014) « Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? » Lancet. 382(9890) :452–77. https://academic.oup.com/heapol/article/29/suppl_2/ii98/588582
- Bhutta ZA, Lassi ZS, Pariyo G & Huicho L. (2010). « Global experience of community health workers for delivery of health-related Millennium Development Goals: a systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. » Geneva : World Health Organization.
- Broerse JE & de Koning KA. (2015). « How does context influence performance of community health workers in low- and middle-income countries? » Evidence from the literature.



Campbell C & Jovchelovitch S. (2000). « Health, community and development: Towards a social psychology of participation. » *J Community Appl Soc Psychol.* 10(4):255–70. doi:10.1002/1099-1298(200007/08)10:4<255: AID-CASP582>3.0.CO;2-M

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). (2024). « On the front lines of health equity: Community health workers. » [Internet]. <https://www.cms.gov>

Freeman RE. (1984). « Strategic management: A stakeholder approach. » Cambridge: Cambridge University Press.

Gilmore B & McAuliffe E. (2013). « Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions: a systematic review. » *BMC Public Health.* 13 :847

Glanz K, Rimer BK & Viswanath K. (2015). « Health behavior: Theory, research, and practice. » 5th ed. Jossey-Bass. ISBN : 9781118629000.

Harrison JS, Barney JB, Freeman RE, Phillips RA. (2019). « The Cambridge handbook of stakeholder theory. » Cambridge: Cambridge University Press .

Kok MC, Kane SS, Tulloch O, Ormel H, Theobald S, Dieleman M, et al. (2015). « How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? » *Lancet.* 13(1) :13. doi :10.1186/s12961-015-0001-3

Kok MC, Dieleman M, Taegtmeier M, Broerse JE, Kane SS, Ormel H, et al. (2014). « Which intervention design factors influence performance of community health workers in low- and middle-income countries ? A systematic review. » *Health Policy Plan.* 30(9) :1207-27.

Lehmann U& Sanders D. (2007). « Community health workers : what do we know about them ? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. » Geneva: World Health Organization.

Mballa Zambo G. (2025). « Budget programme et qualité de la dépense dans les administrations de souveraineté au Cameroun. » *Revue Francophone, Volume : 3 Numéro : 2, pp : 151-175* Doi:10.5281/zenodo.15376120

Mitchell RK, Agle B & Wood DJ. (1997). « Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining who and what really counts. » *Acad Manag Rev.* 22(4) :853–86.

Perry H & Hodgins S. (2021). « (Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. » *Health Res Policy Syst.* 19(Suppl 3):128.



Plos One. (2023). « Community engagement initiatives in primary health care to achieve universal health coverage: A realist synthesis. » PLoS One.

Rappaport J. (1987). « Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. » Am J Community Psychol. 15(2) :121–48.

Rowe AK, Savigny D de, Lanata CF, Victora CG. (2005). « How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? » Lancet. 366(9490) :1026–36. doi :10.1016/S0140-6736(05)67028-6

Tulenko K, Afzal MM, Frymus D, Oshin A, Pate M, Quain E, et al. (2013). « Community health workers for universal health-care coverage: From fragmentation to synergy. » Bull World Health Organ. 91(11) :847–52. doi :10.2471/BLT.13.118745

UNICEF. (2021). « Community health workers: bringing family planning services to where people live and work. » UNICEF Technical Brief.

Van Olmen J, Criel B, Bhojani U, Marchal B, Van Belle S, Chenge MF, et al. (2012). « The health system dynamics framework: The introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case-studies. » Health Cult Soc. 2(1) :1–21.

World Health Organization (WHO). (2007). « Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. » WHO.

Zimmerman MA. (1995). « Psychological empowerment : Issues and illustrations. Am J Community Psychol. » 23(5) :581–99.