

**TRAVAILLER
AVEC LES
COMMUNAUTÉS**

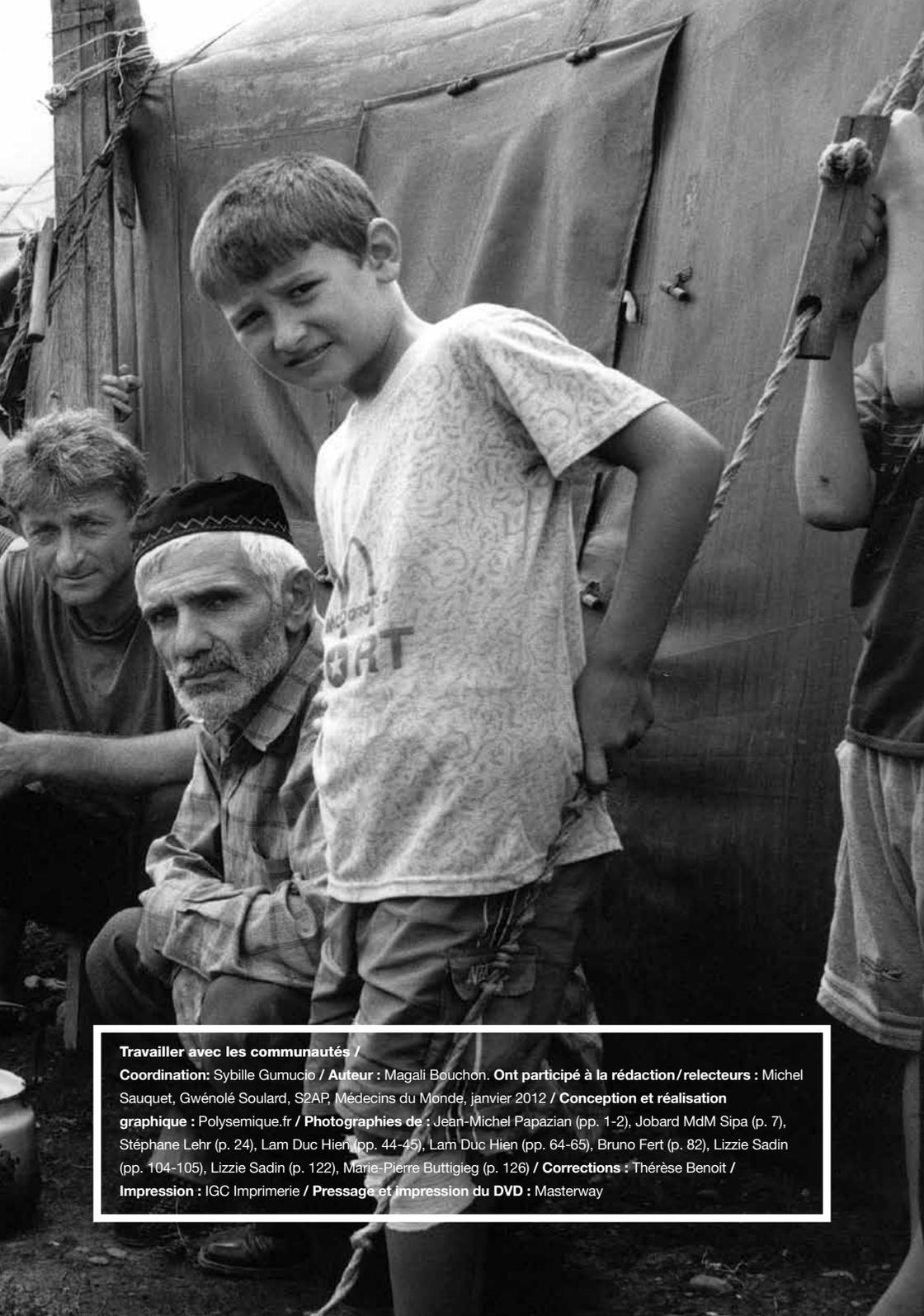
**WORKING
WITH
COMMUNITIES**

**TRABAJAR
CON LAS
COMUNIDADES**





TRAVAILLER
AVEC LES
COMMUNAUTÉS



PAGE 83

3. CONNAÎTRE POUR AGIR

PAGE 25

2. ENJEUX, INTÉRÊTS ET LIMITES DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES

PAGE 123

4. CONCLUSION

PAGE 9

1. LES FONDEMENTS DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES

PAGE 127

5. BIBLIOGRAPHIE

Travailler avec les communautés /

Coordination: Sybille Gumucio / **Auteur :** Magali Bouchon. **Ont participé à la rédaction/relecteurs :** Michel Sauquet, Gwénoél Soulard, S2AP, Médecins du Monde, janvier 2012 / **Conception et réalisation graphique :** Polysemique.fr / **Photographies de :** Jean-Michel Papazian (pp. 1-2), Jobard MdM Sipa (p. 7), Stéphane Lehr (p. 24), Lam Duc Hien (pp. 44-45), Lam Duc Hien (pp. 64-65), Bruno Fert (p. 82), Lizzie Sadin (pp. 104-105), Lizzie Sadin (p. 122), Marie-Pierre Buttigieg (p. 126) / **Corrections :** Thérèse Benoit / **Impression :** IGC Imprimerie / **Pressage et impression du DVD :** Masterway

INTRODUCTION

➤ L'évolution de l'aide humanitaire, la taille croissante des programmes et des moyens alloués (4x4, téléphones satellites, gardiens, etc.), le turnover des expatriés, tout cela contribue à accroître le fossé existant entre les acteurs de l'aide et la population. La technicisation des projets et leur arsenal de procédures excluent de plus en plus les « non-professionnels » et enferment les populations dans un statut de « simples usagers ».

Les enjeux ne sauraient être résumés pour les humanitaires à sauver des vies et pour les victimes à être sauvées. Pour les humanitaires, il s'agit aussi de conduire une mission, dans des délais impartis, avec des enjeux de postures professionnelles et de positionnement au sein d'une organisation. Les « victimes », quant à elles, souhaitent aussi être acteurs aux côtés de ceux qui les aident pour acquérir une posture sociale ou pour se battre contre des injustices. Or elles sont souvent cantonnées dans une relation d'aide dissymétrique qui se caractérise, selon le sociologue Marcel Mauss, par **l'absence d'un système de don/contre-don** : « Le don non rendu rend encore inférieur celui qui l'a accepté, surtout quand il est reçu sans esprit de retour [...] Accepter sans rendre ou sans rendre plus, c'est se subordonner, devenir client et serviteur, devenir petit, choir

plus bas¹. » Cela est aggravé par le vocabulaire utilisé. On parle en effet de « bénéficiaires », de « victimes », ou, pire, de « cibles » ! L'aide humanitaire d'urgence, qui requiert aujourd'hui la mise en œuvre d'une logistique importante et coûteuse, fait ainsi se rencontrer de manière inégale la figure salvatrice du professionnel et la figure de la victime ou du sinistré. On pense aux propos de l'anthropologue Adorno : « L'aumône va nécessairement de pair avec l'humiliation qui établit des répartitions et soupèse ce qu'il est juste de donner, bref qui traite comme un objet celui auquel on donne quelque chose [...] »²

L'un des maîtres mots pour réduire ce déséquilibre et considérer les gens comme étant eux-mêmes une partie de la réponse à leurs problèmes est celui de **participation**, qui

devrait leur permettre de ne pas être uniquement des « receveurs » et d'être reconnus pour ce qu'ils apportent à leur communauté. Mais cette approche, recommandée par la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), remet évidemment en question les pouvoirs des professionnels et les relations qu'ils entretiennent avec les populations qu'ils aident. Et les organisations peinent à définir leur positionnement et à trouver avec les populations la « juste place » à occuper.

Nombre de projets de Médecins du Monde développent aujourd'hui une **approche communautaire** et travaillent avec divers types de représentants de la population : pairs, agents de santé communautaires, tradipraticiens, leaders religieux, etc. Ils se fondent sur l'idée que la participation des populations non seulement aide à améliorer la qualité des programmes, en permettant une analyse plus précise de la situation et du contexte, mais est aussi l'expression de la reconnaissance du droit à l'autodétermination de ces populations. Les actions participatives s'inscrivent donc dans la défense des droits des malades et de l'accès de tous aux droits sociaux. Elles permettent aussi aux acteurs de la solidarité d'aller à la rencontre des personnes et d'instaurer un dialogue sur la gestion de leur santé.

L'implication des populations répond aussi au constat de l'insuffisance des réponses médicales aux besoins de santé. Elle peut donc aussi être vue comme une nécessité pour pallier un système de santé défaillant.

Mais on a parfois l'impression que les projets sous-estiment à quel point la démarche est difficile et instable, notamment parce

qu'ils sous-estiment les clivages que l'on peut rencontrer dans ce qu'on appelle une **communauté**. Travailler avec des personnes issues de la communauté suppose d'avoir déjà une idée de la façon dont celle-ci est constituée et fonctionne. La participation communautaire est complexe et pose de nombreuses questions : manque de temps pour la consultation des personnes que l'on souhaite impliquer, notamment dans les situations d'urgence, malentendus sur le sens des mots « communauté » et « participation », manque de compréhension mutuelle quant aux représentations socioculturelles, aux savoirs, aux pratiques, à la langue, à l'histoire, etc. Tout cela influence forcément la manière dont se rencontrent professionnels et populations dans les projets.

Ce guide a pour ambition d'aider à comprendre ce que l'on entend par « travailler avec les communautés », par « participation communautaire » et d'identifier les obstacles et les enjeux de la participation communautaire pour de futurs projets mieux adaptés aux réalités des populations concernées. Il fait délibérément le choix de ne pas revenir sur tous les concepts et sur toute la littérature produite autour de la santé communautaire ; il ne garde que l'angle socioculturel, en fournissant des clés de compréhension culturelle et des passerelles méthodologiques.

Il s'appuie sur un certain nombre de travaux, sur des pratiques de terrain et sur le riche produit d'un atelier international d'échange d'expériences qui s'est tenu en 2010 autour de ces questions au Népal³.

Il présente un ensemble de définitions essentielles pour s'assurer que nous

1. M. Mauss, « Essai sur le don », *Sociologie et anthropologie*, PUF, 1985, pp. 258 et 270.

2. T. W. Adorno, *Minima moralia*, PUF, 1983, p.39.

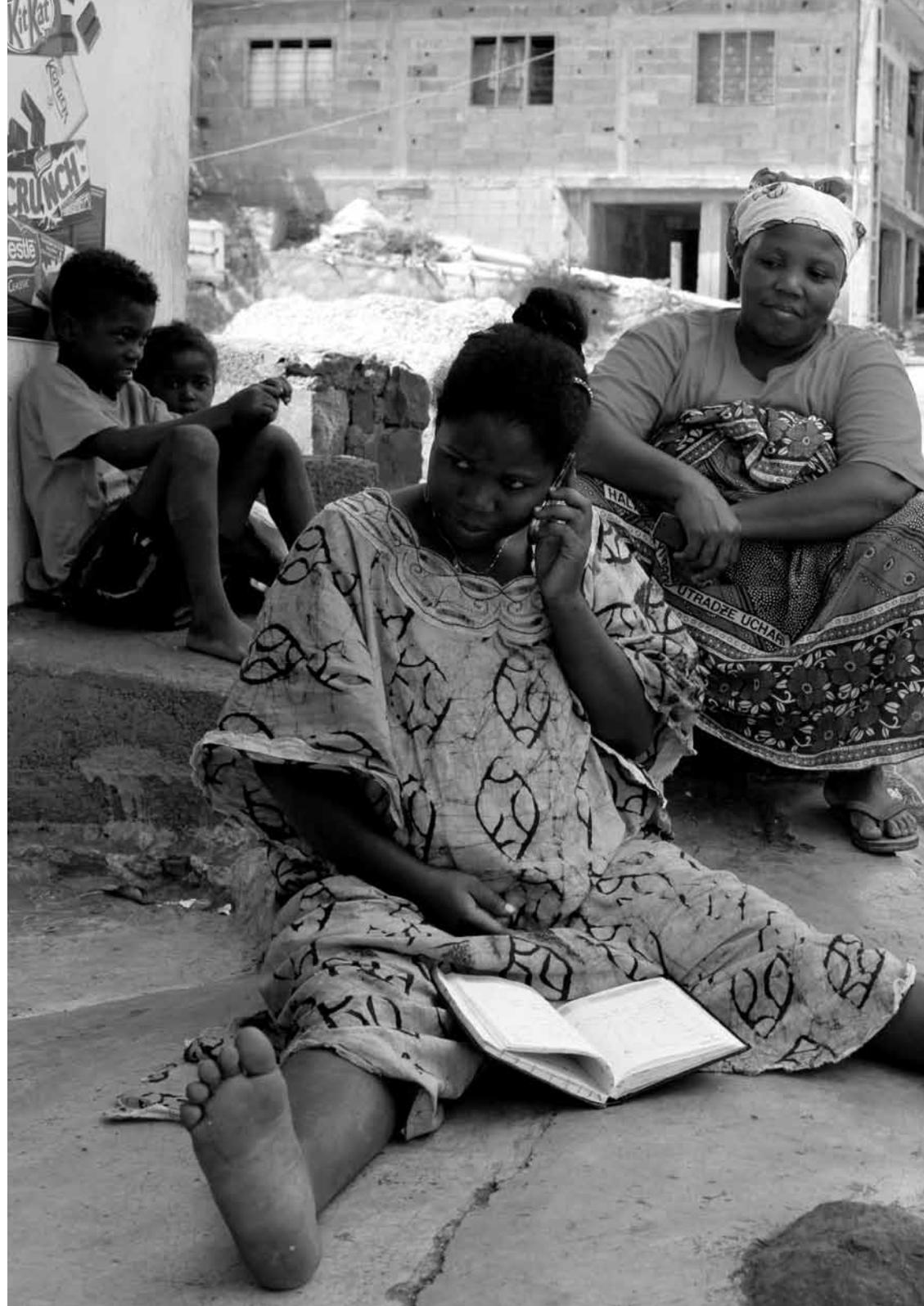
3. L'atelier d'échange « Travailler avec les communautés » a réuni du 27 septembre 2010 au 1^{er} octobre 2010 à Dhulikel, au Népal, une cinquantaine de personnes de divers pays (Afghanistan, Indonésie, Népal, Pakistan, Vietnam, Colombie, Madagascar, Niger, Myanmar, Inde, France), personnel de Médecins du Monde et partenaires locaux. Cet atelier d'échange avait pour but d'améliorer les pratiques de Médecins du Monde par une meilleure prise en compte de la diversité socioculturelle dans l'élaboration et la mise en œuvre des différents projets.

parlons tous de la même chose, et évoque l'émergence historique des différentes notions que recouvre l'action communautaire. Il constitue aussi une mise en perspective critique de ces concepts et de ces pratiques, nécessaire à toute démarche humanitaire. Enfin, il présente des exemples concrets de pratiques et d'actions communautaires, avec une méthodologie pour faciliter le diagnostic socioculturel et l'élaboration de projets.

ATTENTION

Ce guide n'est pas un manuel méthodologique exhaustif, et il faudra savoir se référer à d'autres guides tels que :

- *Collecte de données, méthodes qualitatives*, MdM, 2009, 2^e édition, 2012;
- *Pour une éthique de terrain. Gestion des données personnelles sensibles (santé – histoires de vie)*, MdM, 2010;
- *Guide de planification de projet de santé*, MdM, à paraître en 2012.





1A

PAGE 11

LES DÉFINITIONS COURANTES

11 Développement communautaire, santé communautaire, action communautaire

12 Comparaisons entre santé publique et santé communautaire

14 « Communauté », « participation » et « participation communautaire »

1B

PAGE 18

LES ORIGINES DE LA DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE :

HISTOIRE, DATES CLÉS ET CONTEXTE

18 De l'épidémiologie à la santé publique

19 Hygiène sociale et éducation sanitaire

19 De la conscience collective à la santé communautaire

20 La lutte contre le sida et les mouvements de solidarité avec les malades

20 Les années 1980 : l'approche de l'OMS, les centres de santé communautaires et la promotion de la santé

21 L'approche écologique : les sept déterminants majeurs de santé de l'OMS

1A

LES DÉFINITIONS COURANTES

Développement communautaire, santé communautaire, action communautaire

Depuis la conférence d'Alma-Ata, en 1978, les concepts de **développement communautaire, de santé communautaire et d'action communautaire pour la santé** ont été popularisés et sont restés fortement liés au **concept de santé pour tous**. Rappelons-en les définitions :

DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

Le développement communautaire est, selon les Nations unies⁴, « l'ensemble des procédés par lesquels les habitants d'un pays unissent leurs efforts à ceux des pouvoirs publics en vue d'améliorer la situation économique, sociale et culturelle des communautés. [...] Ces procédés supposent que les habitants participent activement aux efforts entrepris en vue d'améliorer leur niveau de vie, et ces efforts sont laissés dans

toute la mesure du possible à leur propre initiative. En vue de rendre plus efficaces l'initiative, les efforts personnels et l'aide mutuelle, des services techniques sont fournis. [...] Les programmes de développement concernent des collectivités locales, étant donné que les gens qui vivent dans la même localité ont de nombreux intérêts en commun. »

SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Parmi les innombrables définitions, retenons celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), selon laquelle la santé communautaire est le « processus par lequel les individus et les familles prennent en charge leur propre santé et leur bien-être comme ceux de la communauté et développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme celui de la communauté. » Remarquons que, dans cette définition, le terme de communauté fait référence

à une population dont les membres, conscients de leur appartenance à un même groupe, ont par définition des intérêts communs. Dès lors, il y a santé communautaire quand les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des actions les plus adaptées.

ACTION COMMUNAUTAIRE POUR LA SANTÉ⁵

« L'action communautaire pour la santé désigne les efforts collectifs déployés par les communautés en vue d'accroître leur maîtrise des déterminants de la santé et d'améliorer ainsi cette dernière. »

Le concept important à retenir ici est « la reprise à son compte » d'une problématique et d'une action engagées antérieurement.

SANTÉ PUBLIQUE

L'OMS définit la santé publique comme « la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu ; à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner les règles de l'hygiène

personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ; ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé ; l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité⁶. »

La définition de l'OMS présente bien la santé publique comme un mode de défense de la société contre les désordres qui la menacent. Elle fait référence à une approche volontariste et pluridisciplinaire des problèmes de santé, avec référence à la collectivité humaine.

Comparaisons entre santé publique et santé communautaire⁷

DÉFINITIONS COMPARÉES

La santé publique est une approche collective et administrative des problèmes de santé d'une population sous ses aspects politiques, économiques, réglementaires, institutionnels.

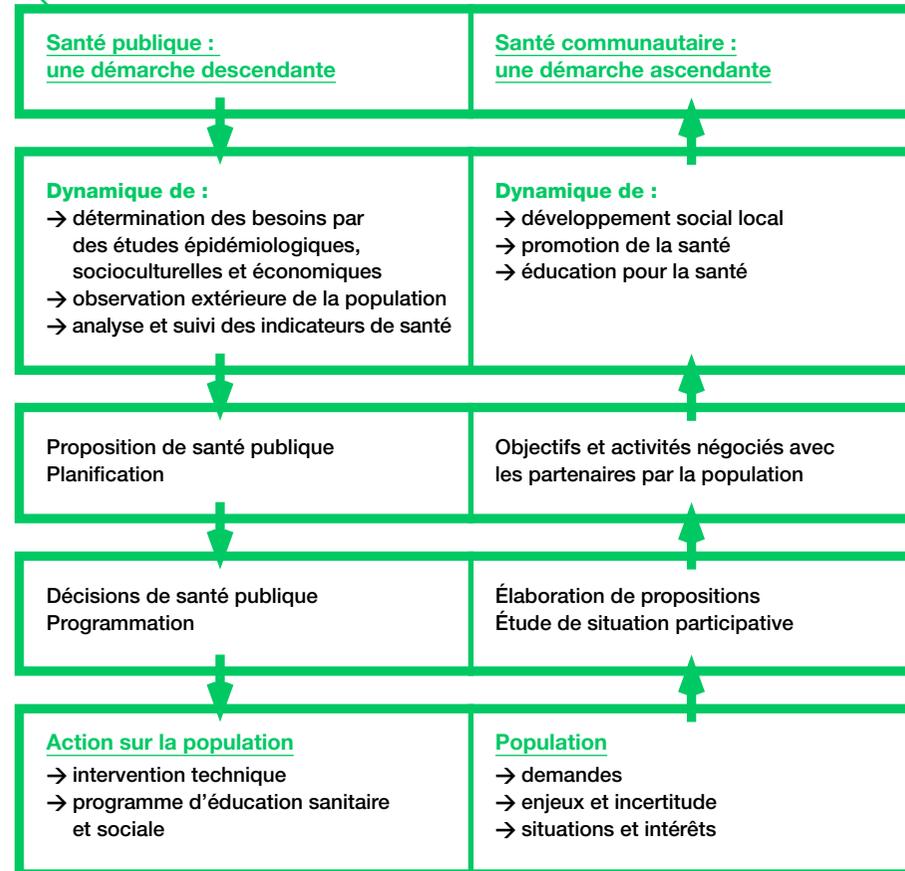
La santé communautaire est une approche locale des problèmes de santé d'une communauté impliquant la participation active de celle-ci à toutes les étapes.

La santé publique est définie et mise en œuvre par les administrations

compétentes au service d'une population au travers de politiques de santé.
La santé communautaire est

théoriquement mise en œuvre par un groupe associant acteurs de la solidarité et populations.

DÉMARCHES COMPARÉES⁸



Ces comparaisons font ressortir deux logiques spécifiques, l'approche communautaire se démarquant en effet de la logique de la santé publique.

5. OMS, « Glossaire de la promotion de la santé », Genève, 1999.

6. J. Hogarth, « Vocabulaire de la santé publique », OMS, 1977.

7. S. Tessier, J.B. Andrey, M.A. Ribeiro, *Santé publique et santé communautaire*, Maloigne, 1996.

8. Tableau de J.L. Véret (modifié par B. Goudet), « Glossaire de l'Éducation et la promotion de la santé : contribution à l'élaboration d'un langage commun », Cores, 2002.

« Communauté », « participation » et « participation communautaire »

Les mots « communauté » et « participation » sont employés avec des acceptions tellement diverses qu'il est nécessaire de les clarifier. Nous rappellerons ici les définitions habituelles, sachant que dans la suite du guide, nous reviendrons largement sur les concepts de **communauté** et de **participation communautaire**, leur polysémie⁹ et leur complexité.

DÉFINITIONS DE LA COMMUNAUTÉ¹⁰

Le terme communauté se caractérise par la variété de ses usages :

- groupe de personnes vivant ensemble dans une aire géographique déterminée ;
- ensemble d'individus ayant en commun des caractères ethniques, des valeurs, une culture, éventuellement une religion ;
- membres d'une propriété commune ;
- groupe ayant des intérêts en commun ;
- membres d'une même discipline ;
- ensemble de personnes partageant des mêmes objectifs ;
- (écologie) groupe d'organismes interdépendants occupant une même région et interagissant entre eux.

Définitions anthropologiques du groupe social, de la communauté/ société, du clan, de la tribu et de l'ethnie

Attention, ces concepts sont complexes et leurs définitions peuvent varier d'une

décennie à une autre, d'une école à une autre et même quelquefois d'un chercheur à un autre...

Le groupe et le groupe social

Le groupe n'est qu'un rassemblement de personnes. La notion de groupe social est plus complexe. En effet, tout rassemblement de personnes ne constitue pas nécessairement un groupe social : une file d'attente d'un magasin, simple proximité physique d'individus, ne constitue pas un groupe social. Être dans un même lieu et dans le même temps ne crée pas automatiquement un lien social. D'autre part, le regroupement de personnes qui ont des choses communes ne forme pas non plus forcément un groupe social, cela peut être des catégories (catégories socioprofessionnelles déterminées, les enseignants par exemple).

Pour qu'il y ait groupe social, il faut qu'il y ait une ou plusieurs relations entre les personnes qui composent le groupe : adhésion à des normes et valeurs (groupe professionnel), participation à une activité (groupe de travail), etc. Les groupes peuvent être classés selon leur taille, leur mode de formation, leurs fonctions, leur durée, etc. Le sentiment d'appartenance, la conscience de groupe et l'attachement aux symboles spécifiques du groupe peuvent être des caractéristiques du rapport social. Le groupe existe s'il y a des rapports directs établis entre ses membres et si ceux-ci communiquent entre eux. Il y a une opposition marquée entre ce qui est intérieur au groupe et ce qui lui est extérieur, entre le « nous » et le « ils ».

La société, l'institution

Une **société** est un groupe social étendu, un rassemblement de plusieurs groupes sociaux qui coexistent, mais qui n'ont pas forcément de liens directs. Pour qu'il y ait société, il faut un partage de valeurs, de normes et de représentations communes, qu'elles soient imposées ou choisies. La société est régie par ses institutions.

L'**institution** est une manière collective de penser et de faire, un ensemble de règles entre des personnes et des pratiques. Une institution est une structure sociale qui régit les relations entre les personnes. Le mariage, par exemple, est une institution.

La communauté et la société : Gemeinschaft et Gesellschaft

Le sociologue allemand Ferdinand Tönnies¹¹ oppose ces deux termes. Gemeinschaft signifie « communauté », Gesellschaft signifie « société ». Selon lui, on est passé de Gemeinschaft à Gesellschaft quand les sociétés se sont complexifiées, par exemple lorsqu'on est passé d'une organisation sociale villageoise à caractère humain à une urbaine plus réglementée. Dans la Gemeinschaft, la plupart des gens se connaissent, les relations sont plus personnelles que dans le cadre de l'impersonnalité des grandes villes¹². Mais cette opposition, assez sommaire, a le défaut de gommer les caractéristiques complexes des communautés, qui associent des populations hétérogènes dans leurs attitudes et sentiments. Les liens communautaires sont souvent associés à des situations stratégiques, à des conflits, des violences...

Nous retiendrons plutôt, dans un souci de simplification, le sens que donne le dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie¹³ au mot communauté : « Quelle que soit l'importance de la notion de territoire, la communauté trouve le principe de son existence dans l'histoire. Ce rapport au temps va s'exprimer à travers les liens du sang, la consanguinité (la naissance détermine l'appartenance à la communauté) et la culture que l'on perpétue traduisant la pérennité de cette communauté. »

Le clan, la tribu, l'ethnie

Le clan est un groupement d'individus fondé sur la parenté : ses membres se reconnaissent descendants d'un même ancêtre. Il y a une notion de consanguinité, de liens du sang, opposé au lien du territoire. Il y a donc un rôle capital de la parenté autour de ce concept. Seulement, l'ancêtre clanique est généralement si lointain que ses descendants vivants ne peuvent retracer la chaîne généalogique entièrement. D'ailleurs, cet ancêtre est souvent un être mythique, doué de pouvoirs surnaturels. Comme l'affirmait Marcel Mauss en 1937, les membres d'un même clan peuvent se reconnaître par le nom, le blason ou le totem. Chaque individu doit avoir connaissance du nom de son clan. Une organisation clanique est liée à une culture statique et à une résidence plus ou moins stable selon le degré de sédentarité, conditions que l'on peut trouver dans les sociétés rurales, où la mobilité est réduite. On naît, vit et meurt dans le même village, entouré des mêmes voisins. L'appartenance à un clan entraîne une

9. Caractère d'un signe qui possède plusieurs contenus, plusieurs sens.

10. Issue d'une compilation de revue de littérature.

11. F. Tönnies, *Communauté et société : catégories fondamentales de la sociologie pure*, Retz, 1977.

12. À nuancer, puisqu'on retrouve dans les grandes villes des quartiers ayant une organisation sociale proche de la Gemeinschaft.

13. P. Bonte et M. Izard, *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie*, PUF, 2000.

■ exigence interne de solidarité sociale, par l'entraide ou encore la participation à des cérémonies. La participation étroite à la vie d'un groupe auquel on appartient par la naissance apporte la sécurité, valeur essentielle pour l'individu dans ce type de société. C'est différent par exemple pour les sociétés industrialisées, où l'individu peut avancer plus rapidement seul qu'en tant qu'individu membre d'un groupe de parenté, ce qui suppose une sécurité assurée indépendamment du clan.

Le clan a aussi une unité politique, il est susceptible de se fédérer à d'autres clans pour former une tribu. **La tribu** est en effet un groupe encore plus large que le clan. L'ancêtre tribal se situe aussi dans un passé lointain, proche des origines de l'humanité (proche d'un dieu), antérieur aux ancêtres claniques.

■ **Ethnie** et tribu sont souvent assimilées dans le langage commun. Max Weber appelle « groupes ethniques » des groupes humains qui font preuve d'une croyance subjective dans leur ascendance commune, à cause de ressemblances dans le type physique ou dans les coutumes, ou de souvenirs partagés dans l'expérience de la colonisation et des migrations. Pour lui, l'appartenance ethnique (*Gemeinsamkeit*) diffère de l'appartenance au groupe parental parce que son identité est présumée et ne constitue pas un groupe. Ce qui est important, c'est la notion d'attribution, dans la mesure où les individus utilisent des identités ethniques pour se catégoriser eux-mêmes et les autres, ils forment donc des groupes ethniques ■

■ au sens organisationnel du terme. Donc les critères communs à retenir qui définissent l'ethnie sont : la langue, un espace, une culture, des coutumes, des valeurs, un nom, une même ascendance et la conscience qu'ont les individus d'appartenir à un même groupe.

Cela dit, il y a des dangers et des limites dans l'utilisation de ce concept, qui ouvre la voie à une analyse des relations entre ethnies conçues comme des rapports de force. Chaque groupe doit être conçu comme l'effet d'un réseau de relations : plutôt que d'envisager les frontières ethniques comme des limites géographiques, il faut les considérer comme des barrières sémantiques ou des systèmes de classement, des catégories sociales. C'est une construction identitaire, en continuité avec les notions de clan ou de tribu. Selon Fredrik Barth¹⁴, il n'existe pas d'ethnies homogènes culturellement et linguistiquement, ce sont des sociétés inégales et hétérogènes. C'est l'éloignement social et géographique qui permet de donner « pureté » et homogénéité à un milieu hétérogène et hiérarchisé.

DÉFINITIONS DE LA PARTICIPATION

Participation¹⁵

La participation est le fait de prendre part, autrement dit de prendre sa part sous forme d'un apport personnel aussi bien à la pensée qu'à l'action.

Participation communautaire

Selon l'OMS¹⁶, la participation communautaire est un moyen amenant à une meilleure organisation des services de santé et/ou une condition d'amélioration de la santé des populations. (Cette notion centrale sera largement développée plus loin.)

14. F. Barth, *Ethnic Groups and Boundaries : the Social Organisation of Culture Difference*, Universitets Forlaget, Bergen, Oslo, George Allen & Unwin, Londres 1969.

15. J.L. Véret, «Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé : contribution à l'élaboration d'un langage commun», Cores, 2002.

16. OMS, Déclaration d'Alma-Ata, 1978 ; Buts de la santé pour tous en l'an 2000, Charte d'Ottawa, 1986.

LES ORIGINES DE LA DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE : HISTOIRE, DATES CLÉS ET CONTEXTE

➤ Le concept de santé communautaire est issu d'une série de réflexions puisant leurs références dans diverses disciplines, allant de l'épidémiologie et du droit aux sciences biomédicales et aux sciences humaines, telles que la sociologie, l'anthropologie, les sciences de l'éducation ou encore les sciences de la communication... Il est également lié à des contextes sociopolitiques, économiques, ou encore avec l'état des sciences et des techniques d'une époque, que seul un recul historique permet de comprendre.

De l'épidémiologie à la santé publique

En établissant des corrélations saisissantes entre les conditions de vie et de travail des classes ouvrières et la grande morbidité de ces populations, les premières grandes

enquêtes épidémiologiques françaises, celles de Villermé et de Buret¹⁷ vers 1840, ont été pionnières dans l'émergence des questions de santé publique et de responsabilité sociale des organisations. Puis, à la fin du XIX^e siècle, c'est la lutte contre la tuberculose, maladie frappant des populations jeunes, qui permet

de poursuivre les efforts sur ce registre. La Ligue contre la tuberculose est créée en 1892 et en 1901 se constitue la Société de prévention de la tuberculose par l'éducation populaire, d'inspiration philanthropique et sociale. Un peu plus tard, la fondation Rockefeller développe, dans le cadre de l'effort de guerre américain (1917-1918) et jusqu'en 1923, des programmes d'éducation populaire par des équipes ambulantes qui sillonnent les campagnes en diffusant des brochures, en donnant des conférences et des séances de cinéma.

Hygiène sociale et éducation sanitaire

En 1941, dans le contexte délabré de la Seconde Guerre mondiale, sont créés des centres régionaux d'éducation sanitaire, les ancêtres des actuels « comités d'éducation pour la santé ». En 1942, outre la création de la protection maternelle infantile (PMI), on peut voir la parution de la revue *La santé de l'homme*. Cette revue, qui paraît encore sous l'égide de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), publie des articles avec une approche hygiéniste et humaniste de la santé des diverses catégories de populations. Les sujets les plus traités sont l'alcool, le tabac, l'hygiène corporelle et alimentaire. 1945 est bien sûr l'année de la création de la Sécurité sociale, mais c'est aussi l'année où est créé le Centre national d'éducation sanitaire, démographique et sociale. Des étudiants en médecine, intéressés par la santé publique, interviennent dans les écoles pour délivrer des messages préventifs aux élèves. Enfin, en 1946 est créé un système de médecine du travail, financé par l'employeur, et à but préventif.

À partir des années 1950 cependant, la prévention et la santé publique reculent à cause de deux facteurs :

→ la croissance économique : la pauvreté recule, donc les capacités des individus à

accéder au système de soins augmentent ;
→ la technicité médicale progresse à grand pas : c'est l'époque du développement de l'efficacité médicamenteuse, notamment avec la diffusion en masse des antibiotiques (recul de la tuberculose) ou encore des vaccins.

Ce double contexte relègue au second plan la « question sociale » en même temps que la question de la prévention : à quoi bon prévenir alors que la science peut tout guérir ! Tout au plus les questions sociales se posent-elles encore auprès de populations spécifiques, plus vulnérables, groupes d'immigrés, gens du voyage, pour les aider à accéder à leurs droits sociaux.

Une certaine partie du corps médical se pose néanmoins de nombreuses questions devant cet envahissement des sciences et des techniques dans la médecine, alors que les inégalités sociales et devant la santé n'ont pas disparu. Par ailleurs, si les pays occidentaux commencent à être à l'abri des grandes épidémies, peut-on accepter que cela ne soit pas le cas dans les pays du Sud ? Ces questions idéologiques amènent les acteurs de la santé à proposer des actions alternatives ou humanitaires.

De la conscience collective à la santé communautaire

De nouveaux problèmes préoccupent des professionnels issus des courants de santé et de médecine sociale tels que la morbidité et la mortalité liées aux avortements clandestins ou encore les inégalités en matière d'accès aux soins. Les professionnels et les militants, influencés par les idéologies dominant leurs époques dans les milieux intellectuels, s'orientent alors dans deux directions :

L'accompagnement des luttes de libération des mœurs en premier lieu, avec

17. Études de Villermé (1840) : « Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les fabriques de coton, de laine et de soie », et de Buret (1839) : « De la misère des classes laborieuses en France et en Angleterre ».

le « mouvement pour la maternité heureuse », aujourd'hui mieux connu sous le nom de planning familial, et le mouvement pour le droit à l'avortement et à la contraception. Le premier est avant tout un réseau d'associations fonctionnant à la fois comme centres d'actions et groupes de pression, qui a contribué à l'élaboration de la loi Neuwirth (1967), à l'origine des Centres d'éducation et de planning familial. Le second, soutenu par de jeunes professionnels et par des mouvements féministes, a abouti en 1975 à la loi Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse.

Les initiatives de santé communautaire et le développement des centres de santé. Ces initiatives visent d'une part au rapprochement des professionnels et de la population, d'autre part au changement des rapports praticiens/patients, et enfin à la participation de tout individu à une santé qui le concerne au premier chef. Dans les années 1960, la création des centres de santé peut être considérée comme une alternative à l'exercice libéral de la médecine. Ces centres de santé ont pour mission principale de dispenser des soins de qualité dans les quartiers défavorisés et éloignés des structures sanitaires, avec un libre accès aux soins des populations, sans condition de ressources ou de résidence pour le malade. Ces centres témoignent d'une forte prise en compte de l'environnement économique et social.

Dans le même temps, le Centre national d'éducation sanitaire et social devient en 1972 le Comité français d'éducation pour la santé (CFES). Il est chargé des grandes campagnes médiatiques destinées à diffuser des messages éducatifs pour atteindre différents publics autour de problèmes spécifiques tels que l'alcoolisme, le diabète, le tabagisme, la toxicomanie, les maladies cardiovasculaires...

La lutte contre le sida et les mouvements de solidarité avec les malades

Le désarroi et l'impuissance du corps médical face au sida, dont le virus a été isolé en 1983, ainsi que le caractère spécifique des modes de transmission ont été à l'origine d'un mouvement inédit de lutte contre la maladie, d'accompagnement et de prévention. Ce mouvement a été initié essentiellement par des bénévoles militants, mobilisés et organisés autour d'une communauté gay, avec des personnes atteintes mais aussi avec leurs proches, et beaucoup d'héritiers des luttes des années 1960 et 1970 pour la libération des mœurs et le droit à l'avortement. Les principales émanations de ce mouvement sont Aides en 1984, Arcat-Sida en 1985 et Act Up Paris en 1988.

Les années 1980 : l'approche de l'OMS, les centres de santé communautaires et la promotion de la santé¹⁸

Cette période est celle du développement important des pratiques de santé communautaire dans les pays anglo-saxons, au Québec et dans les pays latino-américains. Ces pratiques connaissent un certain succès et présentent une alternative pour la structuration des systèmes de santé, notamment dans les pays en voie de développement.

En 1978, la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, priorité de l'OMS, produit une déclaration qui pose les principaux jalons stratégiques et méthodologiques de la démarche de santé communautaire. Cette déclaration place à

la base du système de santé des soins de santé primaires délivrés à l'échelle locale par des agents de santé intervenant en tant qu'animateurs de pratiques de santé, en impliquant activement la population. Le « centre de santé » défini par l'OMS est une institution assurant des services médico-sanitaires à une collectivité donnée. Il doit travailler à prévenir les maladies et à promouvoir la santé des personnes, des familles, des groupes particuliers et de l'ensemble de la collectivité. Il doit également fournir des soins médicaux. En 1986, la Conférence internationale d'Ottawa, inspirée des idées de la médecine sociale et de la santé communautaire, rédige la Charte pour la promotion de la santé.

L'approche écologique : les sept déterminants majeurs de santé de l'OMS¹⁹

« La santé pour tous », selon l'OMS, vise à ce que tous les citoyens puissent atteindre un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Le postulat de base pour améliorer la santé, c'est qu'il faut agir sur trois domaines principaux : le mode de vie, l'environnement et les soins de santé. Le modèle social prend ainsi le pas sur le modèle médical, dans une approche écologique. Les facteurs à risque qui influencent l'état de santé sont remplacés par les déterminants de la santé, que l'on peut définir comme **les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations**. Les facteurs qui influent sur la santé sont multiples et ils interagissent les uns sur les autres.

Ce modèle social comporte sept déterminants majeurs de santé identifiés par l'OMS : la paix, l'eau et des aliments sains, le logement, les

revenus, l'éducation, les loisirs, et enfin les soins de santé. Les dimensions juridiques de la santé (les droits politiques, économiques, sociaux et culturels) ne sont pas encore incluses. Pourtant, c'est un facteur, puisque le manque de droits essentiels devient un risque pour la santé.

QUELQUES DATES CLÉS CONCERNANT LA PROMOTION DE LA SANTÉ

1978 : Déclaration d'Alma-Ata (OMS)

En 1978, la Conférence internationale d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, organisée par l'OMS, met en valeur la notion de participation, qu'elle définit comme une caractéristique déterminante de l'action en santé communautaire. Alma-Ata proclame notamment que « les hommes ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des mesures de protection sanitaire qui leur sont destinées » (OMS, 1978). Si la conférence insiste sur l'organisation des soins de santé primaires, les recommandations mettent l'accent sur l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus, et sur leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle de ces soins de santé primaires.

1986 : Charte d'Ottawa (OMS)

Huit ans plus tard, à Ottawa, une nouvelle conférence internationale adopte une charte sur la promotion de la santé qui définit celle-ci comme « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle de leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la

18. B. Goudet, *op cit.*

19. OMS, *Glossaire de la promotion pour la santé*, Genève, 1999.

«santé» comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.»

Selon l'OMS, les conditions préalables à la santé sont : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. L'intervention en promotion de la santé signifie donc que l'on doit :

- Élaborer une politique publique saine.
- Créer des milieux favorables (approche socio-écologique de la santé) : notons que les conditions de vie, de travail et des loisirs sont vues comme source de santé, et la promotion de la santé est vue comme un moyen de rendre ces conditions plus saines.
- Renforcer l'action communautaire : «La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.»
- Acquérir des aptitudes individuelles : «La promotion de la santé soutient le développement individuel et social en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les aptitudes

indispensables à la vie. Ce faisant, elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables à celle-ci.»

- Réorienter les services de santé : «Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion de la santé est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de santé, les institutions offrant des services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant les intérêts de la santé. Le rôle du secteur sanitaire doit abonder de plus en plus dans le sens de la promotion de la santé, au-delà du mandat exigeant la prestation de soins médicaux.»

1997 : Déclaration de Jakarta (OMS)

La Déclaration de Jakarta stipule que la promotion de la santé est «une approche pratique, pour atteindre une plus grande équité en matière de santé». Elle identifie cinq priorités pour la promotion de la santé²⁰ : promouvoir la responsabilité sociale en faveur de la santé ; accroître les investissements pour développer la santé ; renforcer et élargir les partenariats pour la santé ; accroître les capacités de la communauté et donner à l'individu les moyens d'agir ; enfin, mettre en place une infrastructure pour la promotion de la santé. Pour atteindre ces priorités, la conférence de Djakarta s'est donnée comme défi l'implication, à côté des spécialistes habituels de la promotion de la santé, de « nouveaux protagonistes de la promotion de la santé, [...] tous les individus, organismes

et institutions qui, directement ou indirectement, influent sur la santé des populations et qui jusqu'à maintenant n'ont pas été impliqués dans le domaine de la promotion de la santé». L'objectif est d'aller vers une « alliance mondiale pour la promotion de la santé²¹ ».

1998 : Déclaration mondiale sur la santé (OMS)

«[...] Pour faire évoluer la situation sanitaire mondiale, nous devons donner effet à la "politique de la santé pour tous pour le XXI^e siècle" par la mise en œuvre de politiques et de stratégies régionales et nationales appropriées. [...] Nous, États membres de l'OMS, prenons ici la résolution de promouvoir et d'appuyer les droits et les principes, les actions et les responsabilités énoncés dans la présente déclaration [...] et demandons à tous les peuples et à toutes les institutions d'adhérer à la vision de la santé pour tous au XXI^e siècle et d'œuvrer ensemble à sa concrétisation.»

1998 : Conférence mondiale de Porto Rico (UIPES)

L'Union internationale de promotion et d'éducation pour la santé (UIPES) a été mandatée, dans un contexte de mondialisation, pour intervenir auprès de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) lors des négociations sur la libéralisation des échanges entre les pays. Il a été notamment déclaré que les inégalités dans l'accès aux ressources et les écarts entre riches et pauvres expliquaient les différences importantes de l'état de santé des populations. Il est rappelé dans ce sens que la stratégie de politique publique saine décrite dans la charte d'Ottawa,

qui doit s'appliquer aux déterminants économiques, doit être mise en pratique.

2005 : Charte de Bangkok (OMS)

La Charte de Bangkok s'attache à reprendre et à amplifier les valeurs, les principes et les stratégies d'action utilisés par la Charte d'Ottawa et les conférences ultérieures. Elle reprend surtout les préoccupations des conférences de Jakarta et de Porto Rico, soucieuses de promouvoir des moyens d'action sur les «déterminants» politiques et économiques de la santé. Cela pour que la stratégie de promotion de la santé puisse se traduire concrètement dans un contexte de mondialisation ultralibérale. Les mesures concernent essentiellement les gouvernements, les accords intergouvernementaux, les administrations et collectivités publiques ainsi que le secteur des entreprises.

Dans les projets de MdM, on constate un large éventail de thématiques ayant des composantes communautaires : cela va de la santé reproductive à la réduction des risques en passant par les cliniques mobiles, le microcrédit, les soins de santé primaires, la prévention du VIH/sida, l'action de plaidoyer... De même, on observe une grande hétérogénéité dans le profil des acteurs communautaires : aux côtés des agents de santé communautaires, on trouve des pairs éducateurs, des comités de santé villageois, des leaders religieux ou encore des matrones. Tout cela est la conséquence mais aussi la source d'une diversité de représentations et d'attentes par rapport à des notions supposées communes – la communauté, la participation –, mais qui, comme cela a pu être constaté tout au long de l'atelier d'échange de Dhulikel, ne le sont souvent pas du tout.

20. Voir la déclaration sur le site de l'OMS, www.who.int.

21. M.C. Lamarre, *La Santé de l'homme*, n° 325, 1996.



2

**ENJEUX, INTÉRÊTS
ET LIMITES
DES APPROCHES
COMMUNAUTAIRES**

PAGE 33
2A

**LES ENJEUX
DES APPROCHES
COMMUNAU-
TAIRES**

- 33 **1/ Les enjeux pour les acteurs de la solidarité**
33 L'enjeu de l'efficacité/ efficacité et du niveau local
34 L'enjeu de l'appréhension et de la compréhension des besoins, parfois non exprimés
35 Les enjeux éthiques et la question de l'acceptation
36 L'enjeu de la rencontre des savoirs : des savoirs externes comme soutien aux savoirs internes
37 L'enjeu du plaidoyer
- 37 **2/ Les enjeux pour les populations**
37 La santé : une question de droits et d'éducation
37 La santé : une ressource pour le développement
38 La participation communautaire : un enjeu de pouvoir et un moyen de lutter contre les inégalités. La notion d'« empowerment »

PAGE 39
2B

**LA COMPLEXITÉ
DU TRAVAIL
AVEC LES
COMMUNAUTÉS**

- 39 **1/ Quelle est la nature de la communauté ? Quelques pistes de réflexion**
40 **1^{ère} piste :** la communauté, un espace ?
41 **2^e piste :** communautés de cultures, de valeurs, d'intérêts communs ?
42 **3^e piste :** n'appartient-on qu'à une seule communauté ?
42 **4^e piste :** une communauté est-elle une simple addition de personnes ou un jeu d'interaction entre individus ?
43 **5^e piste :** communautés permanentes, communautés ad hoc, communautés idéalisées ?
48 **6^e piste :** une communauté se définit-elle par ses besoins, et comment apprécier ces besoins ?
49 **7^e piste :** comment travailler avec des communautés marginalisées ?
49 **8^e piste :** l'introduction de projets dans les communautés : un processus social de changement social

51 2/ Compréhension et difficultés des concepts d'« implication » et de « participation »

- 55 **3/ Les conditions de mise en œuvre des démarches visant l'« empowerment »**
55 **1^{ère} condition :** prendre en compte les différences de temporalité selon les acteurs
56 **2^e condition :** l'instauration de la confiance et le temps de la confiance
56 **3^e condition :** ne pas négliger les phénomènes de déstructuration des populations fragilisées
57 **4^e condition :** prendre en compte les rapports de pouvoir
57 **5^e condition :** prendre en compte, ne pas étouffer les initiatives et dynamiques collectives locales
- 59 **4/ La problématique du partenariat et du travail en réseau**

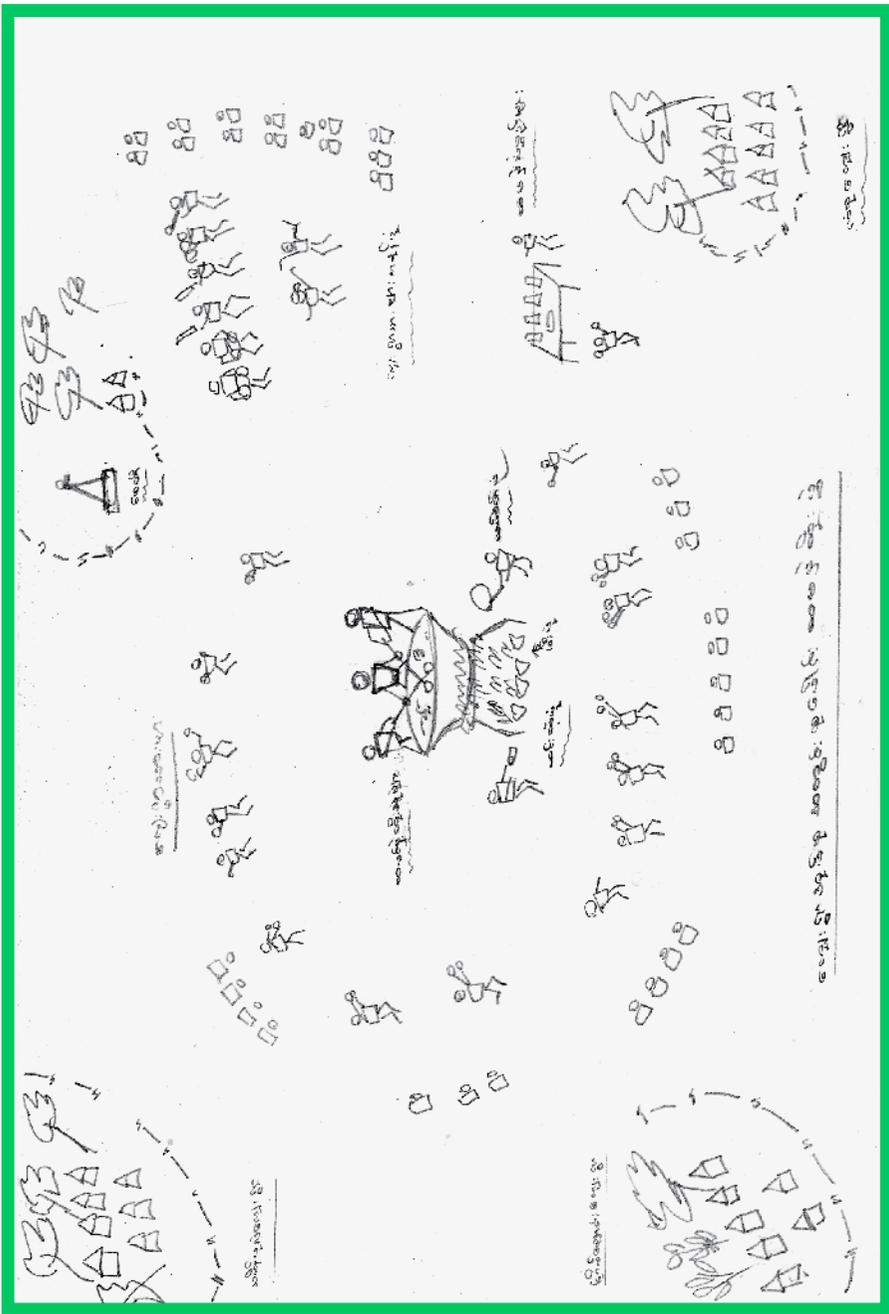
PAGE 62
2C

**LES ACTEURS
COMMUNAU-
TAIRES (AGENTS
DE SANTÉ COM-
MUNAUTAIRES, RE-
LAIS, PERSONNES
RESSOURCES...)**

- 63 **1/ La diversité des fonctions et des appellations**
- 66 **2/ La proximité socioculturelle (position sociale, statut dans le groupe, langue...) comme critères communs de sélection des agents de santé communautaires**
- 67 **3/ Les limites et les difficultés du travail des agents communautaires**
- 70 **4/ La question de la sélection des agents communautaires**
- 73 **5/ La question de l'engagement, de la motivation et de la rémunération**
- 77 **6/ La question de la formation (initiale/continue), du suivi et de la supervision**

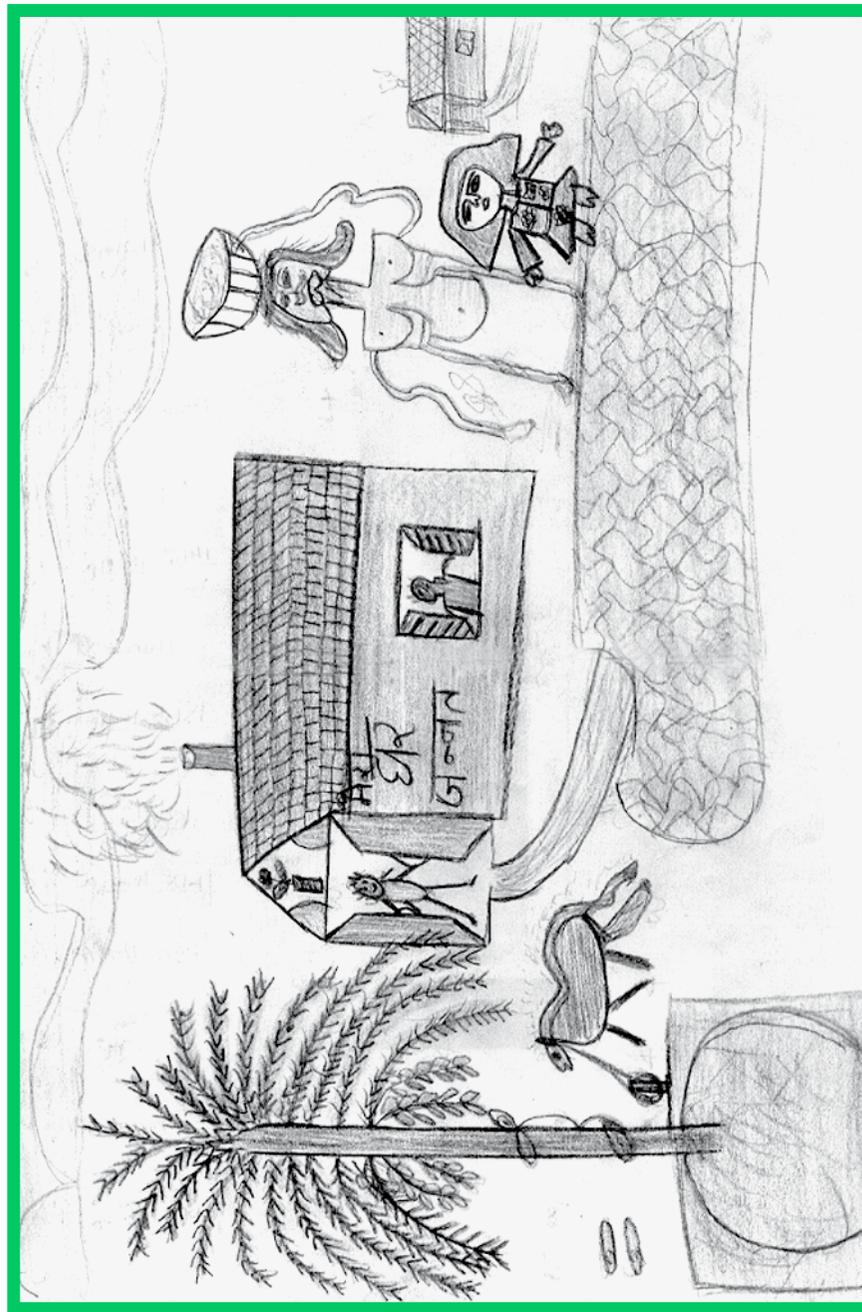
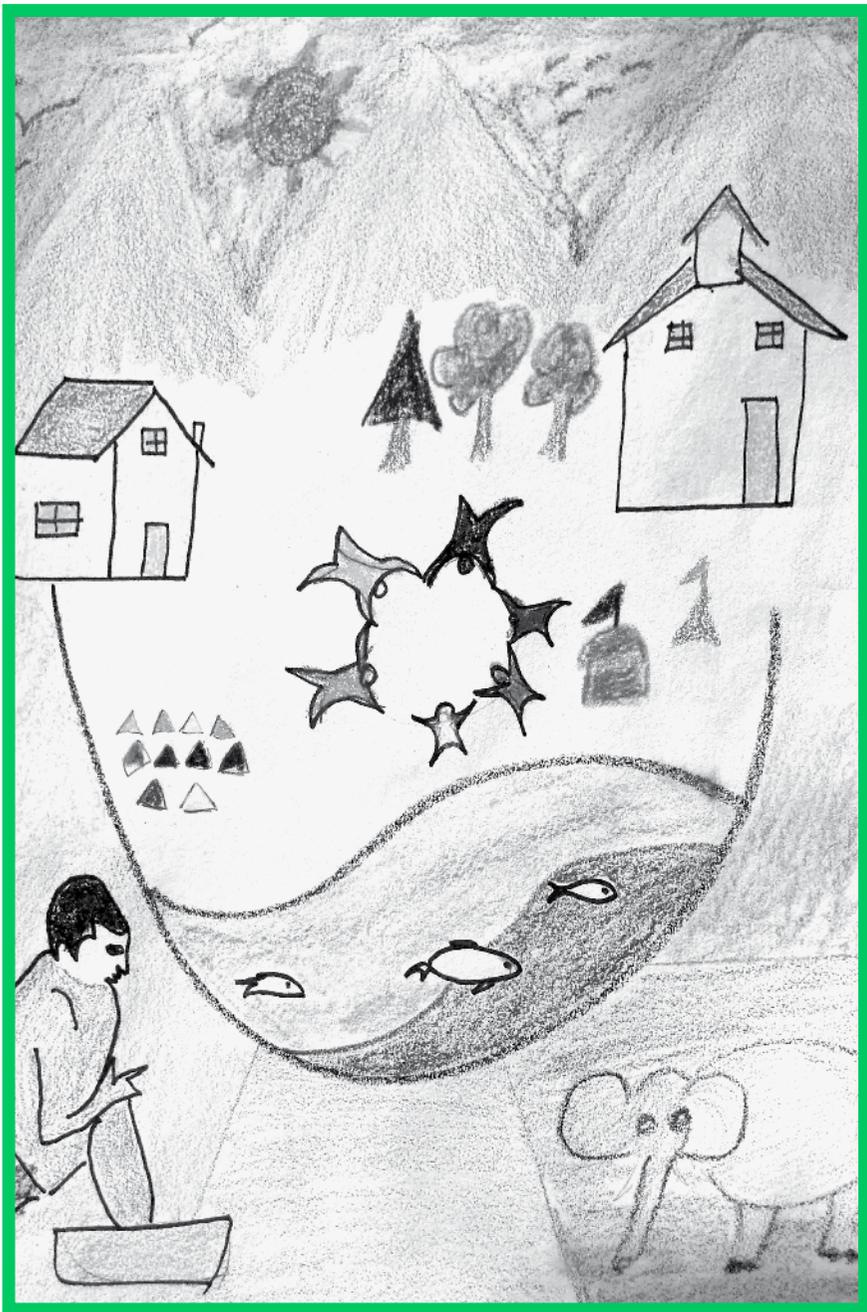
- 78 **7/ Des rôles à part : les éducateurs pairs et les acteurs de santé traditionnels**
78 Les éducateurs pairs
80 Les tradithérapeutes
81 Les accoucheuses traditionnelles

La communauté vue par l'équipe nationale du Myanmar : le repas traditionnel de fête après la saison des récoltes.



La communauté vue par un personnel international hollandais : trois niveaux de communauté sont représentés sur trois plans : la famille, les amis et le travail. Dans le ciel, un satellite représente la communauté virtuelle.

La communauté vue par un personnel national d'Inde/ Jaipur : représentation d'un groupe de personnes différentes mais qui partagent un lieu et des ressources disponibles. L'éléphant situe la communauté dans un héritage culturel et écologique.



La communauté vue par des bénéficiaires du projet Inde/ Jaipur : pour les personnes qui vivent dans les bidonvilles, appartenir à une communauté c'est vivre dans une maison qui dispose d'un toit et d'aménagements, on remarque la cheminée, l'évacuation des eaux et le chemin pavé.

ENJEUX, INTÉRÊTS ET LIMITES DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES : SOUS LES MÊMES MOTS, DES REPRÉSENTATIONS, DES CONCEPTIONS ET DES STRATÉGIES DIFFÉRENTES

➤ Les approches communautaires sont issues d'initiatives plurielles, guidées par de nombreux courants d'idées, d'idéologies ou d'utopies. C'est surtout de manière empirique que leurs initiateurs, professionnels soucieux de changements et de transformations, ont développé peu à peu un savoir sur ces approches. L'apport de connaissances pluridisciplinaires peut apporter un point de vue critique sur les actions, les outils méthodologiques et les techniques qu'ils ont mis au point. Dans cet esprit, cette deuxième partie présente un ensemble de contributions sociologiques et anthropologiques pour aider à la compréhension des enjeux, des intérêts et des limites des approches communautaires.

2 A

LES ENJEUX DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES

➤ Diversité de projets, d'acteurs, de stratégies, mais avec les mêmes enjeux : faire émerger un processus de construction d'intérêts communs et de réponses communes ; acquérir de nouvelles compétences, tant pour les acteurs de la solidarité que pour les populations.

1 / LES ENJEUX POUR LES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ

L'enjeu de l'efficacité/efficacité²² et du niveau local

Pour les acteurs de la solidarité, le premier enjeu est bien de rendre l'aide plus efficace, plus efficace et plus pertinente parce que mieux adaptée aux besoins réels des

populations et à leurs contextes, et d'éviter la position ethnocentriste souvent adoptée inconsciemment par les intervenants « de l'extérieur ». Par ailleurs, si le travail avec les communautés augmente bien évidemment les ressources nécessaires au projet, comme les ressources humaines, il améliore aussi son accès pour des populations les plus isolées. L'importance du niveau local dans l'organisation du système de santé n'a cessé de croître depuis la conférence d'Alma-Ata. Aujourd'hui, la mobilisation communautaire est encouragée dans la gestion locale de la santé, entre autres par la participation de représentants des communautés à des comités de santé.

22. L'efficacité est la mesure selon laquelle les objectifs d'un projet ont été atteints, ou sont en train de l'être ; l'efficience est la mesure selon laquelle les ressources matérielles, humaines et financières (fonds, expertise, temps, etc.) d'un projet sont converties en résultats.

Dans cette perspective, trois grands principes pourraient présider à la mise en œuvre d'actions communautaires en santé :

1 / Le principe de proximité et de

simplicité : réduire les obstacles à l'accès aux soins, faciliter l'accès administratif, économique, spatial à la prévention et aux soins. Cela suppose de rapprocher les services ou les professionnels des lieux où habite la population, et de simplifier au maximum les procédures (administratives, financières) permettant l'accès à la santé.

2 / Le principe d'adaptation

socioculturelle et d'implication :

les déterminants économiques ou géographiques ne sont pas les seuls obstacles à l'accès aux soins et à la prévention. À quoi peuvent servir de bonnes structures si les personnes répugnent à rencontrer des professionnels, ou ne comprennent pas ce que ces derniers prescrivent ? L'adaptation socioculturelle des procédures, le langage, les normes, les valeurs, les pratiques relationnelles des soignants sont tout aussi déterminantes dans l'accès à la santé. La mise en place d'actions d'éducation pour la santé adaptées aux préoccupations, aux représentations et aux pratiques des populations est essentielle pour améliorer les connaissances sur les risques, l'intérêt de l'espace des naissances, etc.

3 / Le principe de détermination de priorités et de cohérence politique :

la collecte de données socioculturelles, démographiques et épidémiologiques doit permettre de déterminer des priorités spécifiques à chaque population concernée. Priorités qui peuvent concerner des classes d'âge, un genre donné, des groupes particuliers (réfugiés, demandeurs d'asile...). Priorités qui peuvent mettre l'accent sur des objectifs spécifiques de prévention, sur des stratégies d'accompagnement à l'accès aux structures de soins, sur des prises

en charge de certaines pathologies ou de situations de dépendance, etc.

Toutes ces priorités sont à déterminer en concertation avec les populations, les professionnels et les partenaires, notamment institutionnels, si l'on veut mettre en œuvre une politique de santé cohérente.

L'enjeu de l'appréhension et de la compréhension des besoins, parfois non exprimés

Il y a souvent une différence de perception des besoins entre acteurs de la solidarité et populations. Lors des groupes de discussion, les populations peuvent exprimer des besoins qui pourront sembler sans importance aux professionnels, de même qu'elles peuvent ne pas percevoir ou ne pas tenir pour grave un problème, une maladie. Très fréquemment, les maladies du quotidien, la diarrhée infantile, la fièvre, la malnutrition sont considérées comme « normales », ou font l'objet d'explications surnaturelles. D'autre part, les personnes expriment souvent des besoins en fonction de ce qu'elles imaginent que les associations peuvent leur fournir : une organisation médicale enregistre plus souvent des besoins en soins médicaux, une organisation type Action contre la faim des besoins nutritionnels, une organisation agricole n'entend parler que de problèmes d'eau ou de semences, etc. L'analyse de la situation et l'identification des besoins (et/ou préoccupations), des problèmes de santé et des ressources n'est donc pas un exercice facile, et elle suppose des débats, des conflits et de la négociation.

Dans ces démarches, les professionnels ont des rôles spécifiques à jouer : leur position est délicate et complexe, souvent partagée entre la volonté de coller aux orientations et logiques des projets et celle de se situer aux côtés des personnes à accompagner, qui

ne sont pas toujours proches des stratégies et des orientations de certains projets. On sait que les grands bailleurs de fonds sont parfois à l'origine de véritables effets de mode en matière de thématiques, lesquelles peuvent ne pas correspondre aux besoins des communautés, même si les bailleurs appellent de leurs vœux la participation de celles-ci. Les procédures (calendrier, gestion des budgets, régions d'intervention...) ne sont pas toujours compatibles avec l'implication dès le départ d'une communauté. Un obstacle majeur par exemple est la durée limitée des projets, qui constitue une pression sur le temps nécessaire à l'appropriation, à l'acceptation d'un projet, mais aussi pour sa continuité et sa pérennité. Nous reviendrons plus longuement sur ce point par la suite.

L'écart croissant entre d'une part le fonctionnement des systèmes de santé, des projets d'aide et leurs priorités, et d'autre part les préoccupations majeures des populations les plus démunies socialement appelle à une réflexion et à un recul critique sur nos pratiques. Travailler avec des communautés demande de réels efforts afin d'établir de bonnes relations entre chacun et élaborer des projets pertinents pour tous.

Les enjeux éthiques et la question de l'acceptation

Le travail avec les communautés implique pour les professionnels de respecter la dignité des personnes, de leur reconnaître un droit de regard, des compétences, des potentialités, de les considérer moins comme des « victimes » ou des « bénéficiaires » que comme de véritables « acteurs ». Ce changement de regard est essentiel pour augmenter le degré d'acceptation des projets.

Ajoutons à ces exigences la capacité des intervenants à prendre en compte la culture

de l'autre, et à établir des relations de confiance. Cela est d'autant plus difficile que le turnover des expatriés limite la continuité dans les relations. Cette continuité est pourtant fondamentale pour l'ancrage, l'acceptation et la pérennité des projets. Et la confiance indispensable pour garantir des retours continus sur le projet afin de pouvoir le réajuster pour qu'il reste pertinent par rapport aux besoins changeants des populations, adapté à leurs besoins et accepté.

L'APPROCHE D'ACCEPTATION : UNE PERSPECTIVE ET UNE STRATÉGIE SÉCURITAIRE²³

La perception des organisations humanitaires et de leur personnel par les communautés auprès desquelles elles interviennent est un facteur déterminant de sécurité.

Les professionnels présupposent parfois que les communautés bénéficiaires savent ce qu'est une organisation humanitaire, quel est son travail et son mandat. Et pensent qu'une fois l'association présentée et introduite auprès des communautés, l'accès aux populations, la participation, l'approbation, la bienveillance et la protection sont acquis, principalement par la nature et la vertu de leur action. Cependant, même si cela peut paraître évident, le concept d'aide humanitaire n'est pas universel et loin d'être connu de tous. De plus, l'actualité montre régulièrement que dans certaines régions du monde cette aide ou ses représentants ne sont pas les bienvenus et, dans certains contextes, sont même les cibles directes de violences. Les raisons de ces attaques sont souvent externes aux organisations

23. Par Vincent Pearce, ancien référent sécurité à MdM.

elles-mêmes. La plupart du temps, il est question d'assimilation à des politiques gouvernementales, à des forces armées, à des groupes de population spécifiques, etc. Une bonne perception des organisations par les populations est donc primordiale pour atteindre un niveau de sécurité acceptable.

Pour un grand nombre d'organisations, ce que l'on appelle communément «acceptation» fait référence à ce qui est aujourd'hui considéré comme étant la meilleure approche stratégique en termes de sécurité. Une approche d'acceptation a pour but de «réduire ou de supprimer les menaces en renforçant l'acceptation (le consentement politique et social) de la présence d'une organisation et de son travail dans un contexte particulier²⁴». Cette approche diffère des stratégies de protection et de dissuasion (que l'on utilise également, mais dans une moindre mesure), car elle requiert une relation étroite avec les communautés et un travail de dialogue permanent. Il est aujourd'hui admis²⁵ qu'une organisation ayant choisi de développer une stratégie d'acceptation et donc d'augmenter sa capacité de communiquer et de négocier avec les communautés, mais aussi avec tous les autres

acteurs sur le terrain, a un meilleur accès aux populations et un niveau de sécurité plus élevé. Cependant, il faut noter qu'aucune stratégie ne fonctionne seule. Ainsi, une bonne politique globale de sécurité repose sur une combinaison optimale et adaptée des stratégies d'acceptation, de protection et de dissuasion.

L'enjeu de la rencontre des savoirs : des savoirs externes comme soutien aux savoirs internes

Lors de l'atelier de Dhulikel, l'on a pu constater en permanence au cours des débats une tension entre savoirs dits profanes ou traditionnels (tradipraticiens, usage des plantes, matrones, etc.) et savoirs dits scientifiques, ou savoirs de «spécialistes», venus d'ailleurs. L'articulation entre les deux types de savoirs (interne et externe) devient possible au moment où la population constate que le premier n'est pas suffisant. Cela ne concerne pas seulement les savoirs médicaux, mais aussi les autres savoirs techniques, comme l'a montré l'histoire du réservoir d'eau de la participante du Népal²⁶.

Le travail avec les communautés doit aussi être vu comme un moyen pour les

professionnels de renforcer les savoirs locaux et les capacités des structures traditionnelles. Renforcer et soutenir des savoirs profanes permet d'améliorer la préparation aux crises futures. Travailler avec les communautés signifie donc aussi soutenir les stratégies locales et renforcer le tissu social quand il existe. Il serait contre-productif d'aller à l'encontre des stratégies et des capacités locales à faire face à un problème.

L'enjeu du plaidoyer

La participation des populations peut permettre de mettre en place une dynamique de plaidoyer pour les victimes d'inégalités, notamment dans le domaine de la santé. Pour ces personnes éloignées d'une culture médicale, dans l'incapacité de prendre part aux décisions et/ou ayant un accès limité au système de santé, les projets doivent viser à :

- réduire leur marginalisation socioculturelle au regard des normes de santé et des pratiques des professionnels (on retrouve ici la question de l'acceptabilité socioculturelle des actions) ;
- amoindrir leur position de dominés par une réappropriation de la santé et la mise en valeur de leurs capacités à définir les formes et les priorités de l'aide selon leurs propres objectifs (question de l'*empowerment*) ;
- ouvrir le système de santé et les projets à leurs particularités (question de l'accessibilité).

Le plaidoyer est donc central pour des actions respectueuses des droits des populations. Il suppose une action de réflexion et un travail d'organisation communautaire à un niveau politique, qui peuvent être mis en place par les intervenants et/ou à l'initiative des leaders locaux et des représentants des groupes pour défendre des droits et promouvoir des intérêts communs.

27. A. Touraine, *Pourrions-nous vivre ensemble ?* Fayard, 1997.

2 / LES ENJEUX POUR LES POPULATIONS

La santé : une question de droits et d'éducation

Selon Alain Touraine²⁷, la dignité de l'individu peut être maintenue par sa capacité à protester et à s'indigner : «Il s'agit de créer des espaces de liberté [...], non pas de reconstruire une société idéale.» La notion de participation place ainsi la question de la santé dans le champ des questions politiques et citoyennes, dont les gens pourraient librement débattre dans une perspective de coopération équitable.

Dans cette perspective, la santé est un droit, celui de bénéficier de conditions de vie décentes et de pouvoir accéder aux mesures de prévention et de soins. L'exercice de ce droit suppose des mesures publiques, mais aussi la capacité personnelle des individus à en bénéficier. Il faut donc développer des actions communautaires à partir d'un noyau de population s'organisant pour changer une situation qui lui paraît intolérable. Dans le domaine de la lutte contre le sida, par exemple, un mouvement provoqué par une minorité agissante a bouleversé les rapports entre les différents partenaires du système de santé.

La santé : une ressource pour le développement

La santé touche le rapport de la personne à elle-même et à son environnement, son histoire, ses capacités, ses projets. Le maintien, l'accroissement ou la restauration des ressources de santé sont à considérer

24. Humanitarian Practice Network, «Gestion opérationnelle de la sécurité dans des contextes violents», Overseas Development Institute, Londres, 2011.

25. Les études récentes sur les stratégies opérationnelles dans les environnements dégradés, outre une référence à l'acceptation comme étant la stratégie de sécurité principale, commencent à définir les activités de l'acceptation mais également des statistiques et des indicateurs qui manquaient cruellement jusqu'alors.

26. «Depuis deux ans, je travaille dans un programme de réforme foncière où nous essayons de résoudre le problème de la rareté des terres. Il y a un grand réservoir d'eau, mais pas assez de pluie. Cette année, nous avons eu des glissements de terrain, qui ont abîmé le réservoir. Un problème d'eau à un moment où les pluies étaient faibles. Et moi, facilitatrice, j'ai proposé d'abord de nettoyer le réservoir, et quelqu'un de la Croix-Rouge a été appelé. Les femmes et les jeunes filles du comité nous ont dit que ce n'était pas à des gens venus de l'extérieur de nous dire ce qu'il fallait faire. J'ai donc poussé à ce que nous fassions ce que nous pouvions pour le réservoir avant de faire venir quelqu'un. Cela dit il est venu quand même, mais on lui a dit qu'on connaissait mieux les problèmes que lui, et ils ont fini par nous déléguer les tâches.»

comme des éléments permettant de faciliter l'insertion sociale. Dans leur revue de littérature sur le bien-être, la société et le développement institutionnel, Bach, Muszynski et Rioux (1993 : 98) suggèrent que le bien-être est aussi important que la santé. Des personnes peuvent obtenir des états de bien-être élevés tout en vivant avec une maladie chronique ou des limitations dues à des handicaps. La santé peut alors être perçue comme une « ressource » et non comme une fin en soi²⁸.

La participation communautaire : un enjeu de pouvoir et un moyen de lutter contre les inégalités. La notion d'« empowerment »²⁹

La notion d'empowerment, promue par la Charte d'Ottawa, connaît depuis plusieurs années un grand succès dans les milieux de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé. Ce terme est difficile à traduire en français, le concept dépend directement de la définition, à Ottawa, de la démarche de la promotion de la santé comme un « processus qui confère aux populations le moyen d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé. » Marie-Ange Freynet traduit le concept d'empowerment par « réappropriation active du pouvoir par la personne elle-même³⁰ ». Il s'agit ici pour les populations d'accroître leur capacité d'action sur leur propre santé dans une démarche collective.

Cette notion s'applique plus particulièrement aux populations défavorisées éloignées des bénéfices des systèmes de santé, manquant de pouvoir dans ce domaine comme dans tous les autres (économique, social, politique...). L'empowerment représenterait leur capacité à faire avancer leur cause. Il ne s'agit pas seulement d'accroître l'estime de soi, mais d'aller vers davantage de responsabilité et de justice sociale.

Cette notion est appuyée sur quatre postulats³¹ :

- les individus comprennent leurs propres besoins mieux que quiconque ;
- chacun possède des atouts sur lesquels bâtir ;
- l'empowerment est l'affaire d'une vie ;
- l'expérience personnelle et le savoir sont valides et utiles pour exercer son pouvoir et améliorer ses conditions de vie.

L'intérêt de cette approche est bien sûr de mettre l'accent sur les personnes et le groupe et de développer leurs capacités, acquises ou potentielles, à faire face aux situations. Sa limite est d'être parfois fondée sur l'illusion que la participation et l'action communautaire vont de soi, et que tout peut se planifier, se négocier, se développer à un niveau individuel. Il est en effet illusoire de penser systématiquement que les personnes vulnérables sont en situation de faire-valoir leurs capacités à concevoir ou même prendre part aux projets, proposés parfois bien en amont.

28. Se référer à la Charte d'Ottawa, OMS, 1986.

29. P. Augoyard, L. Renaud, « Le concept d'« empowerment » et son application dans quelques programmes de promotion de la santé », *Promotion & Éducation*, vol. 5, 1998, p. 28-35 ; Y.D Le Bossé, M. Lavallée, « Empowerment et psychologie communautaire : aperçu historique et perspectives d'avenir », *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, n°18, 1993 ; J. Lord, P. Hutchinson, « The process of empowerment: Implication for theory and practice », *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1993, p. 5-22.

30. M.F. Freynet, *Les médiations du travail social*, Chronique sociale, 1995, p. 281 à 289.

31. P. Augoyard, L. Renaud, *op cit*.

2 B

LA COMPLEXITÉ DU TRAVAIL AVEC LES COMMUNAUTÉS

➤ Le travail avec les communautés ne va pas de soi et est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît. L'inscription d'une personne dans des actions collectives ne se fait pas naturellement, mais par une construction, une prise de conscience de l'appartenance à un groupe. Cette prise de conscience passe peut être par l'expérience d'un « faire ensemble », c'est-à-dire par l'expérience de la solidarité. Le lien communautaire ne se décrète pas, mais se découvre et se construit progressivement.

Mais de qui parle-t-on quand on parle de « communauté » ? Que signifie « communautaire » du côté des acteurs de la solidarité et du côté des populations ? Qu'est-ce que veut dire « participer » ? Et, finalement, qui peut déterminer ce dont les « communautés » ont besoin ? Autant de questions auxquelles l'atelier de Dhulikel et les travaux de recherche qui l'ont précédé se sont attachés à apporter des éléments de réponse.

1 / QUELLE EST LA NATURE DE LA COMMUNAUTÉ ? QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION

L'exercice sémantique demandé aux participants de l'atelier de Dhulikel (comment traduisez-vous « communauté », et quelles sont les composantes du mot dans votre

langue ?) n'est pas sans intérêt. Par exemple, il révèle une conception plus ou moins homogène de la communauté. L'idée de « collection » en bahasa Indonesia, ou la périphrase papoue (« **everyone, clans, tribes, all the people living in the same area** » ; « **tout le monde, les clans, les tribus, toutes les personnes vivant dans une même zone** ») sont évidemment des signifiants très différents du *công đồng* vietnamien (« même situation ») ou du malgache *fokonola* (« personnes de la même ethnique »).

LE MOT « COMMUNAUTÉ » DANS LES LANGUES DES PARTICIPANTS DE L'ATELIER DE DHULIKEL

- En népalais et en hindi : *samudai*, dérivé de *samuha* = groupe.
- En langue birmane : *ludu* : *lu* = gens + *du* = groupe avec une association au mot « village ».
- En bahasa Indonesia : *masaharakan* = collection + population.
- En langue lami (Papouasie) : pas de mot pour « communauté », mais une phrase entière, *akemi inebunu lombok abok arek* : *akemi* = tout le monde, *inebunu* = clans, tribus, *lombok abok arek* = toutes les personnes dans une même zone.
- En urdu (Pakistan) : *mohala* = un groupe de personne vivant dans une place commune. Au début, le mot servait à décrire un simple voisinage, mais il a évolué.
- En vietnamien : *công đồng* = addition + même situation
- En farsi, langue persane parlée en Afghanistan : *jommajom* = groupe, ou équipe.
- En malgache : *fokonola* = personnes de la même ethnique.
- En tamatchek, langue touareg, parlée au Niger : *temoust* = identité.
- En chinois : *qun ti* = groupe + corps.

Ce qu'on met sous « communauté » peut donc être très varié, du groupe restreint, aux relations et échanges intenses, à la collectivité, où existent seulement des rapports d'interdépendance entre des individus qui peuvent ne jamais se rencontrer physiquement. Cela recouvre des réalités très différentes. Il est difficile de savoir de quelle réalité concrète l'on parle quand on emploie le terme « communauté ».

La notion de communauté est un concept, dans le sens où l'on ne peut pas la « toucher », ni même la voir dans son ensemble. Comme les « montagnes », les « pluies » ou les « forêts », les communautés peuvent prendre des formes différentes, avoir des tailles, des localisations différentes. Il n'y a pas deux communautés semblables. Plusieurs sessions de l'atelier de Dhulikel ont permis de mettre en évidence, chez des participants venus du monde entier, une grande diversité de définitions du concept de communauté, révélant probablement une grande diversité d'attentes vis-à-vis des communautés.

D'emblée, l'idée que les contours d'une communauté ne sont pas fixes, ni même toujours visibles, s'impose : est-ce un espace ? une culture ? une fonction ? une réalité ou un rêve ? **Plusieurs pistes de réflexion peuvent être explorées.**

1^{ère} piste : la communauté, un espace ?

La communauté peut être définie spatialement. Au Népal, au Myanmar, en Inde, au Pakistan, la communauté est vue comme un ensemble de personnes habitant dans un même espace. D'autres pays ajoutent la notion de partage des mêmes ressources, de similitude concernant les conditions sociales et économiques dans lesquelles les personnes se trouvent (Vietnam).

Ensuite vient souvent la question du niveau de la communauté, avec ses cercles

concentriques, du plus local au plus global. Il n'y a évidemment pas une seule échelle de communauté, et le choix de l'échelle pertinente est important stratégiquement. À Madagascar, un projet de MdM intervenait dans un premier temps au niveau du village (le fokontany, environ 1 500 personnes) pour toucher la communauté. Mais une étude anthropologique³² a montré qu'il n'était pas pertinent d'engager la communauté sur cette échelle du village, et qu'une échelle plus petite, les « carreaux », correspondant à des quartiers, à l'origine occupés par la famille élargie, était plus appropriée.

Une communauté se limite-t-elle pour autant à un espace et aux personnes qui s'y trouvent ? Quand, comme souvent dans les projets, on se représente une communauté comme un village séparé de quelques kilomètres d'autres villages, dans une zone rurale, ses frontières semblent à première vue très simples. Mais une communauté peut avoir des membres qui se sont déplacés. On peut trouver des communautés élargies à l'intérieur de territoires plus étendus tels qu'un district, une région... Le mariage peut lier des villages de part et d'autres des frontières nationales. La communauté peut avoir des résidents qui se marient avec des personnes venant de près ou de loin et qui partent vivre ou emmènent leur conjoint vivre avec eux. Les résidents peuvent avoir des frères, des sœurs, des cousins, des parents vivant autre part. Certaines communautés se déplacent en bloc, comme les communautés nomades. Enfin, il est plus difficile encore de cerner les communautés en contexte urbain : la communauté peut être un petit groupe de quelques concessions ou une communauté de voisinage, de quartier ou d'une autre subdivision urbaine locale.

La frontière d'une communauté n'est donc pas forcément précise : elle peut ne pas avoir un emplacement propre (il peut y avoir plusieurs zones, voire une non-zone virtuelle) ; elle peut ne pas être constituée uniquement de résidents vivant à l'intérieur d'un espace localisé (communauté élargie, membres déplacés) ; elle peut être physiquement mobile (nomades).

2^e piste : communautés de cultures, de valeurs, d'intérêts communs ?

Puisque l'élément spatial ne définit nullement la communauté, des participants ont donné des définitions fondées sur la langue et la culture. Pour les Touaregs, « l'espace est fait pour être partagé, la maison est une prison » ; seule une même langue et de mêmes habitudes de vie définissent la communauté. Il s'agit ici d'une **communauté de valeurs**³³.

Il y a en effet des communautés qui se créent à dessein : on parle de **communautés constituées ou de communauté de valeurs**. L'urbanisation par exemple a donné naissance à des communautés constituées qui n'ont pas nécessairement de territoire délimité ou qui ne sont pas apparues par un processus naturel et non planifié, et qui peuvent se retrouver dans les villes (associations de quartier, crèches familiales...). Les villes sont en effet propices au regroupement de personnes qui partagent les mêmes intérêts et les mêmes valeurs. Enfin, avec l'avènement de l'Internet, nous assistons à l'émergence de nouvelles communautés constituées.

Une communauté n'est pas uniquement sociale, elle est aussi culturelle puisque faite de choses

32. Magali Bouchon, « Analyse qualitative de l'organisation communautaire et de la santé, Madagascar, district de Maroantsetra », janvier 2010.

33. Remarquons que cette définition ne correspond ni à celle de participants pakistanais, qui estiment qu'une communauté peut rassembler des gens qui n'ont pas les mêmes valeurs, ni à celle de participants indiens, malgaches et indonésiens, qui estiment qu'une communauté peut intégrer différentes ethnies, différents clans, et même des migrants.

qui sont apprises, de croyances partagées, de symboles. Les actions des individus sont fondées sur des attentes, des valeurs et des croyances partagées. Ces valeurs sont apprises depuis la naissance, et ce processus d'apprentissage continue jusqu'à la mort.

On peut également avancer des définitions fonctionnelles, à partir de ce que permet la communauté :

Ce peut être un lieu de soutien mutuel comprenant éventuellement diverses cultures : certaines communautés sont composées de personnes qui n'ont pas forcément les mêmes origines, voire la même nationalité (communauté composée de migrants de différentes origines). La communauté peut être un espace de partage des ressources, un lieu dont personne n'est exclu et où les minorités ont leur place (Myanmar). Le soutien mutuel est aussi fondé sur la complémentarité, comme l'ont exprimé les participants indonésiens de l'atelier de Dhulikel, avec la métaphore des organes du corps : tous différents les uns des autres, tous nécessaires au bon fonctionnement de l'ensemble.

Ce peut être un lieu de partage du travail, où tous, hommes, femmes, enfants, contribuent aux activités productives et à la protection et la gestion des ressources naturelles. À Madagascar, l'image des abeilles et de la ruche exprime cette conception. Ce peut être un lieu de partage ludique et festif (Myanmar), le lieu où l'on organise des festivités. Ce peut être, pour certains, le lieu de délimitation du leadership (communauté autour du chef, des anciens... ; Madagascar), quand pour d'autres, au contraire ; « s'il y a un leader, il n'y a plus de communauté, puisqu'alors personne n'ose s'exprimer » (Myanmar).

En tout état de cause, la communauté est rarement une entité culturellement homogène ; elle inclut, certes, des dimensions culturelles, mais elle comprend aussi des aspects politiques, économiques et sociaux différents.

3° piste : n'appartient-on qu'à une seule communauté ?

L'utilisation de l'expression « la communauté » n'est évidemment pas sans problème, puisqu'elle suppose que chaque individu n'appartient **qu'à une seule communauté**. Or une personne peut appartenir à une communauté villageoise qui regroupe l'ensemble des habitants de cette localité, mais aussi à une communauté religieuse et à une communauté ethnique. L'exercice d'une profession, la politique, le sport ou encore la chasse et maintes autres activités qui sont à même de créer des pôles d'intérêt peuvent aussi être considérés comme support de communautés à part entière, suscitant chez chacun de leurs membres une identité particulière.

Ainsi, le terme « communauté » ne doit-il pas être employé seul, mais suivi d'un qualificatif précis, tel que la communauté villageoise, la communauté catholique, etc. Autour de chacune de ces communautés peuvent se construire des alliances et se prendre des initiatives, la création des tontines (système populaire d'épargne et de crédit) en est un exemple.

4° piste : une communauté est-elle une simple addition de personnes ou un jeu d'interaction entre individus ?

Le point commun de toutes les définitions qui précèdent est d'introduire l'idée de lien social, c'est-à-dire d'usages, de pratiques guidées par des normes, avec leur système d'intégration et leur logique de socialisation. La communauté est un concept sociologique (au sens de « social »), puisque c'est un jeu d'interactions et de comportements humains qui ont un sens et des attentes parmi les membres. Une communauté ne se limite

pas à un ensemble d'habitations ou à un ensemble d'individus. Elle suppose une organisation sociale et culturelle.

5° piste : communautés permanentes, communautés ad hoc, communautés idéalisées ?

Bien des personnes récusent l'idée même de communauté ou ne se sentent pas appartenir à une communauté.

« Comment pourrions-nous être considérés comme une communauté, nous n'avons pas de toits. »
Un participant indien, lors de l'atelier de Dhulikel.

Cela rend complexe la conception de pratiques communautaires. C'est une lapalissade, mais pour avoir un « esprit communautaire », il faut déjà que tous les membres d'une communauté soient conscients de leur appartenance à celle-ci et qu'ils s'identifient à elle.

La communauté n'est pas forcément quelque chose de permanent, elle peut aussi être temporaire, mobilisée ou à mobiliser : il y a la communauté que l'on souhaite, que l'on rêve peut-être, fondée sur l'idée que l'union fait la force, et qui peut se constituer pour faire face à un problème, à un harcèlement, à une injustice... Cependant, il faut être vigilant avec l'utilisation du terme « communauté », et même « groupe », car les personnes qui présentent certaines caractéristiques communes (usagers de drogues en Afghanistan, séropositifs au Vietnam, femmes chinoises se prostituant à Paris, etc.) n'ont pas forcément envie de constituer un groupe, même si c'est pour défendre leurs intérêts. En effet, peut-on

créer un groupe à partir de ce que l'on subit ? Il s'agit peut-être d'une réalité sociologique, mais du point de vue psychologique et humain, il ne s'agit souvent que d'une construction.

« Les usagers de drogues sont considérés comme des criminels et il y a forcément une réticence à se dire membre de cette communauté. Quand nous allons faire du travail de proximité dans la rue, nous ne parlons pas de communauté. »
Un éducateur pair (peer educator) en Afghanistan.

Concrètement, les femmes chinoises du Lotus Bus³⁴ sont très isolées et, malgré le fait qu'elles parlent la même langue, qu'elles soient confrontées aux mêmes difficultés (harcèlement policier, violence des clients...), qu'elles partagent la même condition de migrantes et qu'elles se prostituent, le sentiment d'appartenance à une même communauté, voire à un même groupe, n'existe pas. Le harcèlement ne contribue, ni à Kaboul ni à Paris, à créer une communauté.

La stigmatisation et la répression sont parfois si fortes que le lien entre les personnes ne peut s'établir. Comment, dès lors, l'approche communautaire pourrait être valide et positive ?

Autrement dit, comment la stigmatisation ou la criminalisation peuvent-elles être surmontées pour structurer un groupe ? Dans le cas des personnes vivant avec le VIH au Vietnam et des usagers de drogues en Afghanistan, qui ne se considéraient pas comme des membres d'une communauté, c'est bien grâce à une mobilisation de ces personnes à travers des éducateurs pairs qu'un possible combat contre les discriminations et pour un meilleur accès aux soins a pu être enclenché. Il y a

34. Mission dont l'objectif est de promouvoir la santé auprès des femmes chinoises se prostituant à Paris.



derrière cela l'idée que si un leader est bon la communauté sera renforcée et plus à même de lutter pour ses droits et son accès aux soins.

Le travail avec un éducateur pair permet également de créer des espaces et du temps de parole. L'éducateur pair peut parler avec les personnes de leur situation. Il ouvre ainsi des temps et espace de parole. Pour les femmes chinoises à Paris, il a été observé qu'il leur manquait un lieu et un temps d'échange pour se connaître et se reconnaître. Des espaces pour se poser et prendre conscience du fait qu'elles ne sont pas seules dans leur situation. Les équipes de MdM ont constaté qu'elles ont très peur et honte de parler entre elles et qu'il faut accompagner cette parole car, au-delà du soutien, elles peuvent aussi partager des informations importantes : certaines femmes avaient été violées par le même client, et le partage d'information a permis aux autres femmes d'éviter le danger en n'acceptant pas une « passe » avec ce client.

L'esprit communautaire peut ainsi relever davantage du mythe que de la réalité. L'exemple des centres de santé communautaires au Mali est très parlant à ce sujet :

LIMITES DU CONCEPT DE COMMUNAUTÉ : L'EXEMPLE DES CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES DU MALI³⁵

Lassana Siby, initiateur de la création du premier centre de santé communautaire du Mali en 1988, proposa d'employer le mot « communautaire » pour baptiser ce nouveau type de structure, car « le mot communautaire plaît aux bailleurs de fonds », expliqua-

t-il pour justifier son choix. En effet, le mot plut tellement aux bailleurs de fonds qu'ils contribuèrent à son adoption par le projet Santé population hydraulique rurale, conduit par le ministère de la Santé avec l'appui financier de la Banque mondiale. Il fut alors inscrit dans le texte de la déclaration de politique sectorielle qui devait accompagner tout projet soutenu par la Banque. Les Asaco (associations de santé communautaires) et les CSCOM (centres de santé communautaires) étaient nés.

Parmi les discours qui permettent d'expliquer l'engouement pour ce mot de « communauté », on peut citer deux types de représentations/perception de ce mot :

→ la communauté, c'est l'égalité et le partage. C'est le groupe contre l'individu. L'organisation en « communes » des collectivités locales, la « commune de Paris » de 1871, le système « communiste » sont autant de faits historiques qui ont contribué à donner à ce terme une connotation idéologique. Rappelons aussi les événements de mai 68 et leur influence sur la perception de ce concept : le départ du monde « bourgeois » de nombreux soixante-huitards pour se retrouver dans des « communautés » a concrétisé un courant de pensée qui a fait de ce mot le symbole d'une nouvelle façon de vivre ;

→ la communauté, c'est l'Afrique avec ses images d'Épinal développées dès l'époque coloniale. C'est le village contre la ville, la propriété collective contre celle d'une

minorité, les échanges contre la solitude, la démocratie contre le pouvoir d'une oligarchie, la solidarité contre l'indifférence...

La synthèse de ces deux visions a conduit en Occident à produire un discours qui fait de la communauté la clé de voûte d'un certain type de développement. Dans leur conception, la nature « communautaire » des CSCOM est censée reposer sur quatre considérations majeures : ils sont créés à l'initiative d'« une » communauté : c'est à la « communauté » que reviennent toutes les grandes décisions ; ils sont gérés par « cette » communauté, à travers l'association d'usagers qui la représentent ; ils sont situés au contact direct de la « communauté », ils prennent en charge les questions de santé considérées comme prioritaires par la « communauté ». Mais l'analyse montre que de nombreux centres de santé communautaire sont l'objet de fortes déviations qui conduisent à remettre en cause la réalité de leur identité communautaire. Des études ont montré à Bamako une appropriation de ces centres par des groupes de pouvoir qui ne représentent pas cette notion idéologique de « communauté ». Les assemblées générales sont devenues exceptionnelles, les rares réunions de bureau ne concernent que des questions de gestion courante et le président de l'association prend souvent seul les décisions importantes, peu de budgets sont votés et les comptes sont opaques... Le choix des délégués étant laissé à la discrétion des villages, ce sont en fait des « personnes influentes » qui cooptent leurs représentants, renforçant ainsi la réalité des pouvoirs en place, qu'ils soient traditionnels, religieux ou financiers. Si des réunions de bureau ont lieu de temps à autre, elles consistent principalement à approuver des propositions qui leur sont

faites par le médecin chef du district sanitaire. Les bureaux des associations qui ont été créés à l'initiative de ces médecins considèrent qu'ils se trouvent sous leur autorité hiérarchique directe. Habités à se soumettre aux exigences du pouvoir central, ils acceptent d'autant plus cette dépendance qu'ils vont pouvoir user de la légitimité qu'elle leur procure pour s'imposer davantage aux autres membres de l'association. Ainsi le concept de communauté se limite-t-il à une simple déclaration qui donne aux « centres de santé communautaire » une image « politiquement correcte » à une époque où il est de bon ton de parler « communauté », décentralisation et démocratie. Les raisons de cette déviation peuvent être trouvées peut-être dans une appréhension erronée du concept de communauté du fait de la complexité de ce concept même.

On peut ainsi craindre dans l'écriture des projets de voir apparaître l'image d'une communauté idéalisée, portant en elle une idée d'harmonie et de consensus. Une des idées que l'on rencontre fréquemment fait du « village » le modèle type de ce que l'on peut considérer comme « la communauté ». Un village d'Afrique, perçu comme une entité homogène, évoluant sous l'autorité d'un chef traditionnel, entouré de ses conseillers, sous l'arbre à palabres, symbole de la démocratie africaine, colle souvent à cette image de communauté.

D'autre part, il est courant d'entendre dire dans le vocabulaire des acteurs de l'aide : « Il faut consulter la communauté... » ou : « La communauté a décidé de... ». Dans certains types d'approche, la parole du chef de village engage l'ensemble de la « communauté », dont aucun membre ne remettra en question la légitimité. Cependant, la décision qui aura été prise concernera

35. H. Baliq, « Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires du Mali », B. Hours (dir.), *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*, éd. Karthala, collection Médecines du Monde, Paris, 2001.

le village en tant qu'institution politique, mais ne liera en rien chacun des villageois pris individuellement. La réponse positive d'un village à la participation d'un projet avec des actions communautaires n'est pas forcément le reflet de l'adhésion à ce principe de tous ses membres.

Prenons l'exemple de l'organisation sociale qui règne au sein d'un village malien, qu'il soit bambara, peul ou songhaï. Sa cohésion repose sur le principe d'une inégalité fondamentale entre ses membres et sur l'importance de la force (fanga chez les Bambara) dans l'exercice du pouvoir. Les droits de chaque individu au sein du village sont avant tout déterminés par sa famille, par son âge et par son sexe. De même qu'il existe une hiérarchie de droits entre hommes et femmes et entre classes d'âge, il existe des différences considérables entre les « nobles » (horon) et ceux qui ne le sont pas³⁶. Il existe également des différences de droits entre les familles nobles qui ont accès à la chefferie et celles qui en sont exclues, entre les familles « autochtones » du village et les familles « étrangères », entre les familles n'appartenant pas à l'ethnie dominante et les autres (des peuls dans un village bambara par exemple). Enfin, on assiste à une évolution considérable des rapports sociaux liés à l'argent : quels que soient ses origines familiales, son âge et son sexe, une personne riche bénéficie d'une élévation de son statut social proportionnelle à l'importance de sa fortune et de sa sphère d'influence.

6° piste : une communauté se définit-elle par ses besoins, et comment apprécier ces besoins ?

Une approche communautaire peut se fonder sur l'idée que les membres des communautés

ont les mêmes besoins et les mêmes attentes. Est-ce forcément le cas ? En admettant par exemple que le village constitue bien une communauté, il est nécessaire de prendre la mesure de la fréquente inégalité entre ses membres. Les décisions sont parfois prises par une minorité n'ayant d'autre légitimité que celle de la naissance, de l'argent ou des relations politiques. Le fonctionnement harmonieux d'une communauté est un présupposé souvent hâtif, tout comme la notion de « besoins communs ».

L'utilisation par les acteurs de l'aide de la notion de « besoin » paraît relever d'une évidence pratique et garantir que l'action sera au service de populations. Mais la notion de besoin peut relever d'une représentation sociale qui ne correspond pas nécessairement au fonctionnement du groupe, lequel est rarement guidé par une rationalité unique, sans conflits. Il est difficile de comprendre les « besoins » des populations lorsque celles-ci sont considérées comme un ensemble homogène, sans écart entre les niveaux de vie et les pouvoirs. La communauté est bien souvent le siège de multiples factions, luttes et conflits, nés sur la base des différences entre les individus, avec des clivages sociaux qui se prolongent parfois sur plusieurs générations. À la source on retrouve : les clans, les classes sociales, l'âge, le sexe, l'ethnie, la langue, la religion, les ressources financières, bref tous les éléments qui constituent l'organisation sociale.

Le rapport aux positions sociales dans une communauté est loin d'être simple et le « communautaire » peut aussi être vu comme une limitation des droits individuels. Dans un groupe, il y a des personnes qui sont « plus égales que d'autres », et nombreux sont les rapports inégalitaires de pouvoir, de domination... Il est donc important dans la promotion

de projets communautaires de ne pas avoir une vision trop idéalisée de la communauté.

Au-delà des rapports de pouvoir, la communauté peut réduire la liberté d'agir de chacun de ses membres, et il peut être difficile pour les individus de décider de leurs croyances religieuses ou de leurs choix politiques. Dans les petites communautés où tous les membres se connaissent, on trouve des moyens informels de régulation sociale tels que le bavardage (ou le commérage...) plutôt que des lois ou des règlements. La communauté est donc aussi un endroit où l'on impose une identité et où l'on empêche l'individu de se former comme un être autonome, acteur de sa propre histoire.

7° piste : comment travailler avec des communautés marginalisées ?

En lien avec ce qui vient d'être dit, le travail avec des communautés marginalisées peut présenter le risque de renforcer la stigmatisation de ces personnes, par leur identification et leur catégorisation : groupes de personnes vivant avec le VIH/sida, femmes victimes de violences accueillies dans des centres spécifiques, etc. Il est nécessaire de comprendre leur position non pas uniquement avec des catégories fermées (ethnie, religion, classe, genre) mais d'appréhender leur statut social de façon dynamique, globale, afin de réduire la stigmatisation (on n'est pas juste un malade vivant avec le VIH/sida).

RÉFLEXION AUTOUR DE LA PROBLÉMATIQUE DES « MINORITÉS »³⁷

Le terme de « minorités » est souvent utilisé en référence aux plus vulnérables dans une communauté, et on

peut l'entendre pour désigner des ethnies, des croyants, des personnes victimes d'un problème particulier... C'est un terme très vaste et un peu fourre-tout et qui n'est pas forcément en rapport avec le nombre, si on considère par exemple que les femmes peuvent être des minorités dans de nombreuses sociétés. Il paraît alors essentiel de comprendre comment la communauté elle-même catégorise ces groupes de populations (les vieux, les femmes non mariées, les handicapés...).
Serge Moscovici distingue quant à lui deux grandes catégories :
→ les minorités « déviantes », où l'on trouve des minorités « dissidentes » qui s'efforcent d'affirmer une identité fondée sur d'autres valeurs sociales que celles du modèle dominant, et des minorités « délinquantes », qui fonctionnent dans le rejet et le délit et développent des conduites asociales ;
→ les minorités « dépendantes », qui soit s'adaptent au respect des valeurs et des normes (« minorités adaptées »), soit n'arrivent pas à tirer leur épingle du jeu social (« minorités inadaptées »).

8° piste : l'introduction de projets dans les communautés : un processus de changement social

L'organisation sociale et culturelle d'une communauté se trouve généralement modifiée, à des degrés divers, lorsqu'on la mobilise et qu'on l'organise autour de projets communautaires puisque ceux-ci introduisent

36. « Dans les sociétés bambara ne sont pas nobles les membres des familles dites de « caste » (nyamakalaw) que sont principalement les forgerons, les griots et les cordonniers, ainsi que les descendants des anciennes familles d'esclaves (wolosow) », H. Baly, op cit.

37. S. Moscovici, *Psychologie des minorités actives*, PUF, 1979.

de nouveaux comportements, valeurs, objets. Le relais, l'agent ou le pair deviennent des agents du changement social.

Le changement social dans une communauté provoqué par la participation à un projet communautaire s'apparente à l'acculturation³⁸. On se doit alors de comprendre la nature du changement social que l'on provoque dans une communauté.

Pendant le processus de changement social, il est important de distinguer ce qui arrive à l'ensemble de la communauté elle-même de ce qui arrive aux individus en particulier. Ce qui affecte un individu dans une communauté n'affecte pas forcément le développement de la communauté³⁹.

Les projets introduisent différents types d'idées, de comportements, de techniques (messages IEC, médicaments, nouveaux soignants, latrines...). Ce n'est pas toujours une complète nouveauté pour les populations mais elles ne les possédaient pas ou n'y avaient pas accès. Cela demande d'être préparé à comprendre les effets que l'introduction d'un changement dans la communauté peut avoir sur celle-ci, car les changements ne sont pas faciles à anticiper et ne vont pas toujours dans la bonne direction.

Tout d'abord, les projets ont des répercussions sur l'organisation économique d'une communauté : il existe dans toutes les communautés des formes différentes de distribution de richesse : il est important de savoir comment les richesses sont distribuées, sous quelles conditions et entre

qui, ce qui ne peut s'acheter ou se donner, etc. Par exemple, pour l'installation d'un puits, il est nécessaire de connaître le système traditionnel de distribution de l'eau, qui peut se faire sur des systèmes économiques très différents (forfaitaire ? au remplissage ?).

Ensuite, les communautés sont toutes dotées d'un certain système politique et il existe une distance entre le premier et le dernier niveau de pouvoir entre les individus/groupes. Savoir comment le pouvoir et l'influence sont distribués et quels changements sont en train de se passer est essentiel. Certains projets exercent une influence sur cette organisation du pouvoir, en stimulant la formation de comités de village par exemple. En créant un comité, on introduit une nouvelle composante politique dans la communauté. Chaque fois que l'on crée une nouvelle entité avec ses devoirs et ses responsabilités, on augmente le degré de complexité de la communauté. En encourageant la formation d'agents communautaires, par exemple, on complexifie la communauté en introduisant un nouveau rôle et de nouvelles relations.

Enfin, il faut encourager la communauté à choisir un modèle en cohérence avec ses valeurs et attitudes prédominantes et ne pas sous-estimer les changements qu'une intervention extérieure provoque sur le système de valeurs de la communauté. Les valeurs ne sont pas innées, mais acquises par l'enfant pendant la phase d'apprentissage de la culture, appelée phase de socialisation, ce qui implique que cela peut être réappris, que l'on peut changer ses propres jugements. Les valeurs

changent avec l'évolution des modèles de la communauté, mais ce changement ne doit pas être précipité ou guidé par une influence extérieure ou une manipulation consciente.

Un projet peut être considéré comme attaquant les valeurs existant au sein des communautés. Ainsi, dans le cas de certains projets, comme par exemple ceux de lutte contre la violence liée au genre dans des pays où les violences conjugales ne sont pas punies par la loi, il peut être contre-productif d'affirmer vouloir changer directement les valeurs, même si le projet s'y emploie de toute évidence. Le changement passe peut-être en premier lieu par des voies indirectes (parce que l'isolement et le manque d'éducation font partie des nombreux facteurs qui déterminent la violence conjugale, on peut envisager une sensibilisation des hommes à l'accessibilité financière des femmes ou à leur accès à l'éducation, plutôt qu'une action directe contre la violence liée au genre). Apprendre et étudier les valeurs prédominantes d'une communauté, être attentif aux membres de celle-ci et à leurs croyances, suggérer plutôt qu'imposer sont les conditions de la mise en place d'actions cohérentes ou tout au moins conciliables avec les croyances et les valeurs existantes, et acceptées par la communauté.

2/ COMPRÉHENSION ET DIFFICULTÉS DES CONCEPTS D'« IMPLICATION » ET DE « PARTICI- PATION »

Une des idées retenues au cours de l'élaboration de la notion de santé communautaire est celle qui consiste à associer activement les personnes, les populations, les groupes de citoyens à prendre part à tout ce qui les

concerne, y compris à la prise de décision. On peut alors se poser la question de ce qu'implique l'expression « associer activement ». Cette formule ne sous-entend-elle pas que la démarche participative est, de fait, impulsée de l'extérieur, par les bailleurs et les sièges des ONG, au moins au début ? « Associer activement » ne signifie-t-il pas que les populations rentrent dans un jeu participatif dont elles n'ont pas eu l'initiative, et qui ne repose pas toujours sur le même sens de la participation que ceux qui veulent les associer ?

La santé communautaire fait partie d'un processus dynamique qui comprend trois éléments : la concertation, l'intersectorialité et la participation. Elle peut prendre des formes très variées, parfois contradictoires, et suppose l'adaptabilité, un appareillage méthodologique et une prise en compte des questions de pouvoir. Cette notion suppose également que *l'empowerment* est un droit.

La participation est en premier lieu le résultat d'une rencontre entre des cultures, des croyances et des savoirs différents. Elle implique l'établissement d'une relation entre des groupes, des communautés et des acteurs de la solidarité, intervenants extérieurs. Cela demande de la confiance et un respect mutuel pour comprendre les attentes et les objectifs de chacun. Son succès dépend finalement de la capacité de chacun à comprendre et à respecter l'autre. Ce sont bien les individus, populations et acteurs humanitaires, qui sont porteurs de ce processus. Alors leurs expériences, leurs parcours, leurs envies vont forcément avoir une influence sur le projet.

La participation peut être entendue comme l'implication plus ou moins poussée des populations dans un ou plusieurs aspects d'un projet : diagnostic, programmation, mise en œuvre, suivi et évaluation. Elle implique que les acteurs des projets soient disposés à écouter ce que les personnes ont à dire et à réajuster, voire à changer, leurs objectifs ?

- 38.** La culture consiste en toutes ces choses, actions et croyances, que les êtres humains apprennent. Cela inclut le comportement acquis et non inné : c'est la différence entre nature et culture. La culture est préservée et transmise par les symboles, une partie s'apprend pendant l'enfance (comme la langue), une autre est acquise à l'âge adulte. Le processus du premier apprentissage de la culture par un enfant est appelé **socialisation** ou **enculturation**. Son réapprentissage, lorsque l'on va vers une nouvelle société, ou qu'une communauté change autour de l'individu, est appelé **acculturation**.
- 39.** Une communauté est organisée et fonctionne même si ses membres vont et viennent, naissent et meurent. Par exemple, une croyance est véhiculée par des personnes vivantes dans une communauté, mais cette croyance va survivre même lorsque ces personnes meurent. C'est la même chose pour une habitude ou une convention (se serrer la main), une institution comme le mariage... cela dépasse les individus qui les véhiculent.

Rappel : La participation des populations à la résolution des problèmes de santé est un élément central des approches communautaires. Elle est un des axes de la Charte d'Ottawa et suppose la possibilité et la volonté des personnes de s'impliquer dans des réflexions et actions communes avec d'autres personnes concernées par les mêmes problèmes. « Participation » et « implication » dans ce cadre sont souvent employés de manière indifférenciée. L'approche communautaire n'étant pas statique, mais dynamique, elle se trouve à différents niveaux d'actions pouvant être décrites comme « impliquant » des populations ou les faisant « participer ». Il n'est peut-être pas très important d'élaborer des distinctions rigides, mais bien d'essayer d'améliorer ces implication et participation de la manière la plus appropriée possible.

La participation et le degré d'implication de la population sont différents bien évidemment en fonction des situations et des contextes : urbain ou rural, situation de crise, de conflit, ou temps de paix, urgences chroniques... Ce que l'on constate en général, c'est un grand manque de clarté sur ce que les uns et les autres entendent par participation. Il s'agit souvent d'un problème culturel (y compris entre catégories sociales ou professionnelles différentes), qui dépasse celui du vocabulaire.

Pour certains, la participation est un impératif, pour d'autres elle est un « plus », pour d'autres enfin elle est une illusion ou une perte de temps. On a parfois le sentiment que bien souvent la « participation » n'est qu'un moyen d'obtenir des autres qu'ils expriment ce que l'on veut en fait leur imposer. C'est, pour

reprendre l'expression de Michel Sauquet, « la technique de l'orgue de barbarie » : « On fait parler les gens, on glisse sur ce qui ne nous intéresse pas, on ne retient que les éléments qui vont étayer notre message, comme l'orgue ne laisse rentrer dans les trous du carton que les aiguilles qui se trouvent dessus⁴⁰. » Ces différentes perceptions de la participation ne sont pas forcément conscientes ou intentionnelles. Elles peuvent être assimilées par un phénomène de routine, d'où la nécessité de donner aux professionnels un temps et un lieu pour prendre du recul sur leurs pratiques, en faisant par exemple des ateliers d'échange entre les équipes, les partenaires et les bénéficiaires.

« Je n'ai pas pensé le projet, je ne l'ai pas écrit, je l'ai modifié. Souvent, dans ma sous-région, on nous dit : « Écrivez le projet vite ». Mais nous n'avons pas le temps de le concevoir, à cause des délais des bailleurs de fonds. Après on adhère, on ajuste, on modifie. »
Un partenaire nigérien témoignant à Dhulikel du fait que l'acception du mot « participation » dans les ONG est parfois très utilitariste.

L'étroitesse des délais des financeurs n'aide pas à l'implication des communautés dans le projet, et la recherche de fonds est un déterminant majeur du plus ou moins grand degré de participation. Les communautés, souvent, n'ont tout simplement pas le choix d'intervenir ou non dès la conception du projet.

Pour certains le mot « participation » est une sorte d'évidence, pour d'autres, en particulier les acteurs des pays du Sud, le concept de participation est quelque chose de très flou,

de très vague, qui ne s'éclaire peut-être que lorsqu'on lui substitue celui d'implication (involvement) et qu'on le complète par l'idée d'adhésion ou de confiance. La question peut aussi se poser au niveau de l'« envie » des populations de participer.

« Mais moi, quand je rentre du champ, je n'ai pas envie de faire de la compta, et si je suis malade, j'ai envie d'être soigné⁴¹... ».
Un villageois malgache

Un autre facteur influence les formes d'implication des communautés dans les projets. Il s'agit de l'expérience passée ou encore de la mémoire qu'une communauté a des projets antérieurs. Les populations habituées à des projets très peu participatifs peuvent ne pas se sentir concernées, ou laisser une partie des acteurs essayer de détourner un projet pour des intérêts plus personnels. Des projets peuvent avoir déçu les populations, il faut faire avec la mémoire de cette expérience passée. Ils peuvent aussi avoir instillé des attentes passives sur lesquelles il est difficile de revenir ; c'est le cas des projets axés sur la distribution : distribution de crédits aux femmes, projets agroalimentaires ou nutritionnels fournissant les matières premières, projets de cantines scolaires ou encore projets avec de fortes primes incitatives.

La difficulté de dépasser les habitudes

« Ce projet intervient dans des zones reculées où le taux d'analphabétisme est important. Il est alors difficile de faire comprendre

aux gens l'intérêt du projet. C'était une première, un projet qui voulait essayer de changer les comportements sur la base de discussions, de participation et de sensibilisations. Pour les gens, un projet, c'est distribuer le mil, les chèvres. Cette nouvelle approche n'était pas facile, car c'est eux-mêmes qui doivent apporter, et c'est difficile dans un pays du tiers-monde. Il y a une telle fatalité que l'on a d'autres chats à fouetter que de philosopher quand on a soif, faim. [...] Les personnes ont eu du mal à nous comprendre et à accepter, surtout que l'on n'a rien à proposer de concret, sauf la discussion, et ça, ça n'a pas été évident au départ, mais aujourd'hui les gens commencent à écouter les animateurs. C'est vrai qu'au début les hommes disaient : « C'est bien gentil mais nous, c'est de nourriture dont on a besoin, c'est de soins aussi. » C'est une nouvelle approche, mais les populations, elles, sont distraites par ce qu'elles voient de manière concrète, du matériel, de la construction de puits, de la distribution de cheptel, comme il y a eu des précédents dans la zone. Ces populations, comme elles sont distraites par les autres projets, on a eu des difficultés. ».
Témoignage d'un membre d'une ONG partenaire au Niger

La participation communautaire n'est ni automatique ni spontanée. Elle doit être comprise comme un système de comportements collectifs hétérogènes qui renvoie à des perceptions, des représentations et des pratiques différentes. Des études menées dans les années 1970 par le Centre d'étude des mouvements

40. M. Sauquet, *Le voisin sait bien des choses. Communication et participation en milieu rural : leçons du cas brésilien*, Syros, 1990.

41. Magali Bouchon, « Analyse qualitative de l'organisation communautaire et de la santé, Madagascar, district de Maroantsetra », janvier 2010.

sociaux de l'École pratique des hautes études, notamment par Albert Meister, distinguent **quatre grandes formes de participation** :

- la **participation-contribution**, de ceux qui contribuent aux orientations de la société, aux décisions (leaders, chefs...);
- la **participation-identification**, ou participation dépendante, de ceux qui sont intégrés aux objectifs (associations, bénéficiaires...);
- la **participation-survie** : celle des petits groupes minoritaires, fondée sur l'entraide mutuelle dans le cadre des solidarités traditionnelles, mais qui peut renforcer l'isolement et la communauté vue comme « ghetto »;
- la **participation-contestation**, relevant de la révolte et de la construction d'autonomie (lutte des femmes par exemple).

Selon Dumas et Séguier⁴², **le principe de la participation doit s'inscrire dans cinq dimensions du développement de l'individu** :

- une prise de conscience individuelle : la personne doit se sentir personnellement concernée par un problème social ou de santé;
- une prise de conscience collective : il s'agit des groupes, communautés, membres de collectivités qui vont mettre en commun des ressources afin de faire naître des solidarités;
- une prise de conscience sociale : remise en cause d'un état, d'une situation;
- une prise de conscience politique : meilleure perception du fonctionnement de la société, recherche d'alternatives et de solutions possibles;
- une prise de conscience émancipatrice : « On pose des actes avec d'autres, on essaie de concrétiser des alternatives dans sa propre existence; il s'agit

de changer ses conditions de vie quotidienne, transformer les rapports à l'environnement et construire une société. »

Même si c'est une impérative nécessité, **travailler avec la communauté dès la conception est difficile pour plusieurs raisons** :

- de nombreuses personnes perçoivent la participation comme étrangère à leur culture. Dans des sociétés très hiérarchisées, peu de personnes ont l'habitude de prendre des décisions ou d'être impliquées dans un système de prises de décisions collectives. Elles peuvent ne pas se sentir « dans leur rôle » ni véritablement à leur place pour donner un avis;
- pour qu'une communauté participe à un projet, il faut qu'il y ait un minimum de structure sociale. Or, en situation de crise, celles-ci peuvent être très affaiblies, voire avoir disparu;
- on peut se heurter à un manque de qualifications techniques spécifiques au sein des communautés;
- le temps nécessaire pour expliquer une expertise sur un problème à des « profanes » est souvent très important;
- enfin, une ONG qui aurait des protocoles d'intervention ou de gestion de projet un peu rigides, des sortes de « kits » difficilement adaptables tels que des tenues de registres ou de listes pour des populations analphabètes ou tout simplement pas familières de ces modes de faire, se heurterait à de grosses difficultés.

3 / LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES DÉMARCHES VISANT L'« EMPOWERMENT »

1^{ère} condition : prendre en compte les différences de temporalité selon les acteurs

« Le temps est contre nous. Ça commence juste et ça s'arrête, c'est comme si on n'avait rien fait ». Un animateur d'un projet de santé reproductive au Niger⁴³

Le temps de la communauté se révèle souvent plus long que celui des acteurs de la solidarité (ONG, bailleurs...). Si pour beaucoup, le travail avec les communautés est une composante importante de l'aide, pour d'autres ce travail peut être perçu comme un frein à la rapidité et à l'« efficacité » des projets.

Du côté des communautés, la hâte des intervenants extérieurs apparaît souvent comme un problème. Entre acteurs de la solidarité et membres des communautés, il existe des différences de perception entre ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas. Pour un cultivateur malgache, l'urgence

se gère au jour le jour et consiste à assurer la ration journalière de nourriture. La prévision de l'arrivée d'un cyclone dans les trois jours qui suivent reste quelque chose d'impalpable, d'hypothétique et surtout peu urgent ou prioritaire au regard des difficultés quotidiennes. Il est difficile de le mobiliser hors de son champ même quelques heures pour une « urgence » qui n'arrivera que dans trois jours...

« Il faut prévenir quand vous venez, car nous on doit rester, on ne peut pas aller sur les champs et ça bouleverse toutes nos activités. » Un instituteur dans un village de Madagascar⁴⁴

La logique de l'approche communautaire suppose des processus de concertation très longs. Il ne faut pas mésestimer le nombre de réunions nécessaires pour que les communautés « comprennent et s'approprient » le projet, et cela d'autant plus que l'on s'adresse à des publics très différents. Les partenaires du Sud insistent fréquemment sur le fait que si les acteurs locaux n'ont pas pu prendre le temps de s'approprier le projet, il n'en reste plus rien une fois qu'il est clos.

Cela dit, la question du temps constitue toujours un problème quasi insoluble, du fait de la tension entre, d'une part, la nécessité de prendre le temps de connaître le milieu et d'associer les communautés à la définition des projets, et, d'autre part, les contraintes liées aux exigences des bailleurs (reporting, « efficacité ») et aux opportunités de financements.

42. B. Dumas, M. Séguier, *Construire des actions collectives. Développer les solidarités*, Chronique sociale, 1997.

43. Magali Bouchon, rapport de mission d'évaluation interne par le S2AP, projet Recherche Action Plaidoyer Niger, MdM, fév 2010.

44. Magali Bouchon, « Analyse qualitative de l'organisation communautaire et de la santé, Madagascar, district de Maroantsetra », janvier 2010.

2° condition : l'instauration de la confiance et le temps de la confiance

Les acteurs de la solidarité n'ont pas toujours de recul, notamment dans les situations d'urgence, quant à leur manière de faire et d'interagir lors de leur arrivée sur un terrain. Ils n'imaginent pas toujours la frustration qui peut naître chez des populations qui parfois ne savent pas pourquoi des projets se développent. Le ballet de voitures, les questionnaires aux objectifs mystérieux, les allées et venues peuvent être des motifs d'angoisse pour des populations ébranlées par une catastrophe. Un temps long, beaucoup de patience et de nombreuses explications concernant les raisons d'une intervention, les méthodes, le fonctionnement et le mandat de l'ONG sont nécessaires pour établir un climat de confiance. Ainsi, un projet de MdM au Niger a-t-il fait l'objet de beaucoup de méfiance, car le choix des villages impliqués dans les actions communautaires n'avait pas été explicité.

« Au niveau même des ONG, il y a des "considérations" pour des villages, car celui qui mène l'enquête connaît un tel, donc ce n'est pas toujours objectif ». Un chef de village nigérien⁴⁵

Un processus participatif demande un temps nécessaire à la prise de parole, à la confrontation, à la négociation, aux prises de décision. Ne pas prendre le temps expose à ne pas entendre toutes les paroles, à légitimer des personnes inappropriées, à sauter des étapes.

Par ailleurs, les questions de temps ne sont pas dissociables des questions d'espace :

- pour les personnes qui se déplacent (migrants, Rroms, nomades...), il faut prévoir plus de temps que pour des personnes sédentaires pour assurer une régularité dans les contacts, comprendre les mouvements, etc. ;
- la nécessité de la proximité – être au plus près des personnes – est souvent une vraie difficulté, notamment pour certaines missions en France, où le contact avec les personnes est parfois de courte durée, et où le lien peut-être rompu (expulsions des camps de Rroms, destruction des squats de réfugiés à Calais, contact court avec les usagers des centres d'accueil, de soins et d'orientation...). Dans ces cas-là, on se doute que l'implication des populations dans la conception et le suivi des projets est plus que difficile.

3° condition : ne pas négliger les phénomènes de déstructuration des populations fragilisées

Dans certains contextes (conflits, catastrophes naturelles...), les communautés peuvent se retrouver complètement déstructurées. Ces contextes vont rendre beaucoup plus difficile le mécanisme de participation, à cause de l'impact psychologique et physique, ou encore de la perte de cohésion que subissent les personnes. De même l'action collective peut être plus difficile à mettre en place dans des zones urbaines que dans des zones rurales du fait de l'impression de manque de cohésion et de dispersion des individus.

Les groupes de réfugiés et de déplacés sont des groupes avec lesquels il est particulièrement difficile de mettre en place une approche participative. Ces populations sont souvent très hétérogènes (diverses nationalités, ethnies, langues, religions, statuts sociaux etc.) et les

besoins ne sont pas les mêmes : par exemple il y a une différence de besoins entre les personnes qui viennent d'arriver et celles qui vivent depuis plusieurs années dans un camp. Ce sont des personnes qui peuvent se retrouver loin de leur communauté d'appartenance et de leur famille, et qui se trouvent de fait encore plus vulnérables. D'autres formes d'autorité et de règles sociales peuvent apparaître à l'intérieur de ces groupes. De plus, ces personnes n'aspirent pas en général à rester dans les camps, elles peuvent donc avoir peu d'intérêt à s'investir dans des projets. La mise en œuvre de démarches d'empowerment nécessite donc des projets flexibles et l'identification de bons intermédiaires. Travailler avec des communautés ne signifie pas travailler avec tout le monde – certains peuvent être trop fragiles –, mais il importe au moins de s'assurer que même les plus vulnérables puissent être représentés, tout en essayant par la suite de les intégrer dans le projet.

4° condition : prendre en compte les rapports de pouvoir

L'anthropologue J.-P. Olivier de Sardan, dans ses études sur le développement, notamment au Niger, rappelle l'importance d'une posture méthodologique capable d'identifier les rapports de pouvoir ainsi que les conflits qui traversent tout groupe social. Il refuse de postuler un « consensus communautaire ». Il y a des éléments non consensuels au sein des sociétés. Chaque acteur, estime-t-il, est porteur de stratégies, tout est potentiellement un terrain d'enjeux et de conflits pour les individus, les relations de pouvoir sont inévitables et même nécessaires. Or la démarche participative en rajoute : elle implique que l'intervenant extérieur (mais au nom de quelle légitimité et suivant quels critères ?) ou la communauté donne du pouvoir à certaines personnes et affecte les relations de pouvoir préexistantes.

Dans une communauté, certaines personnes peuvent s'identifier comme des représentants, capables de parler pour la communauté tout entière. Mais ces représentants peuvent être des hommes issus de classes ou de statuts dominants, ayant d'autres intérêts que le collectif, des intérêts plus particuliers que ceux des populations les plus vulnérables. L'enjeu est bien de les reconnaître et d'essayer de les comprendre pour pouvoir ensuite les prendre en compte sur le projet, par anticipation. La recherche des conflits de positions, d'intérêts ou d'enjeux sur les questions de santé permet d'identifier les différents groupes visés par le projet et d'adapter les supports et stratégies de communication en fonction de ces différents groupes. Ils prendront ainsi en compte les enjeux de chacun et les enjeux relationnels autour d'une problématique donnée.

Donner du pouvoir à des personnes davantage en situation de vulnérabilité, c'est bouleverser des relations de pouvoir qui à la base ne sont pas en leur faveur, et il faut pouvoir anticiper les inévitables effets pervers. Aider une population signifie parfois, dans des contextes d'urgence, passer par des structures de pouvoir qui ont peut-être créé une marginalisation de certains groupes.

5° condition : prendre en compte, ne pas étouffer les initiatives et dynamiques collectives locales

« Nos traditions, c'est important. Lorsqu'il y a un décès, il est obligatoire d'avoir une réunion, de manger ensemble et d'aller au cimetière pour enterrer. ». Un Chef de village à Madagascar

45. Propos recueillis lors de l'évaluation du projet de Recherche-action plaidoyer au Niger.

Concevoir un projet sans considérer ce qui existe déjà localement peut aller à l'encontre des capacités et de l'objectif d'empowerment.

À Madagascar, des formes traditionnelles de solidarité existent dans les villages. C'est le cas du fandiaka (qui signifie « s'entraider » en malgache), ou encore du tambirao (de tamba = demander, et rao = ce que l'on mélange avec le riz, comme le bouillon par exemple).

« On est trois personnes, un jour on va travailler sur le champ du premier, le deuxième jour on va dans le champ du deuxième et le troisième jour dans le champ du troisième. Et comme ça on tourne, ça marche même s'il y a dix personnes. »
Un villageois à Madagascar

« Si l'on veut quelque chose, on le demande et, en contrepartie, le donneur exige du travail. »
« Quand on voulait creuser un canal dans un village ou réhabiliter une route, nos grands-parents pratiquaient ça. On abattait un zébu, on préparait beaucoup de riz et au retour du travail en collectivité, on mangeait tous ensemble. On travaillait d'abord et après on allait manger ». **Un vieil homme à Madagascar**

L'ONG suisse Medair l'a bien compris, et s'est inspirée de ces pratiques pour ses actions communautaires d'amélioration de la propreté de la ville de Maroantsetra, dans le nord-est de Madagascar. Deux zébus ont été abattus et chaque quartier s'est organisé pour creuser ses canaux.

Une intervention extérieure peut étouffer des pratiques de solidarité traditionnelle lorsque la création d'une association communautaire pour appuyer un projet précis affaiblit les associations traditionnelles.

« On m'a désigné président d'une association de carreau. Aujourd'hui je suis aussi président de la décorativeuse. C'est vrai que je suis engagé dans beaucoup de choses, ça plus l'église. Je n'arrive plus trop à mobiliser l'association de secours du carreau, qui s'est un peu endormie depuis l'arrivée de la machine. »
Chef de quartier d'un village de Madagascar

Chaque communauté possède une organisation, même si une crise peut la détruire ou la déstabiliser en surface. Il faut toujours veiller à travailler avec ce qui existe déjà, gérer les relations de pouvoir, sans pour autant exclure les populations marginalisées ou en minorité. De même, il est important d'identifier les différents types de leaders dans une communauté : autorité administrative ou traditionnelle, personnes charismatiques... Il faut pouvoir aider à développer le système de prise de décision existant afin de promouvoir une cohésion dans la communauté et des prises de décision collectives.

Les situations d'urgence constituent un cas particulièrement difficile dans une démarche d'empowerment. Celle-ci implique, chez beaucoup d'acteurs de l'humanitaire, de pouvoir revisiter leur culture professionnelle de départ et de remettre en question certaines représentations et certaines approches, notamment celles de la réponse aux urgences. Comme l'observe l'anthropologue Sandrine Revet⁴⁶, toutes les personnes d'une

population touchée par une catastrophe ne sont pas dans le dénuement et en attente d'une aide extérieure. Les personnes ont recours à des aides, de la part de la famille élargie par exemple, ou encore de voisins. Les heures ou les jours qui précèdent l'intervention humanitaire d'urgence sont véritablement organisés, et ne sont pas un chaos total, comme on le présuppose parfois. La « culture d'urgence » des équipes de secours nationales et surtout internationales, avec ce qu'elle suppose de généreuse précipitation, peut décaler alors ces premières solidarités. Au lendemain d'une catastrophe au Venezuela, étudiée par Sandrine Revet, la priorité a été donnée à l'évacuation des enfants, ce qui a ensuite généré des drames familiaux, du fait de la séparation des enfants et de leurs parents, et de la difficulté à rassembler ensuite les familles. Dans les jours qui suivent une catastrophe, les acteurs de l'urgence organisent les refuges, ceux-ci accueillent souvent les familles nucléaires (le père, la mère, les enfants) et non les familles élargies (les grands-parents, les oncles et tantes...). Comme la situation se prolonge, les situations sociales à long terme se révèlent plus compliquées, notamment pour la garde des enfants, confiés en temps normal à un membre de la famille élargie, car le réseau social est alors totalement désorganisé.

4 / LA PROBLÉMATIQUE DU PARTENARIAT ET DU TRAVAIL EN RÉSEAU

Pour beaucoup d'organisations, le partenariat est un moyen d'impliquer des associations locales dans la réponse et dans l'aide, et donc d'impliquer la population. Mais les contextes

des projets sont souvent des contextes politiques difficiles où le risque de manipulation et de détournement peut être élevé et peut compromettre ou décrédibiliser la perception des populations que l'on cherche à aider. Il est donc important de bien comprendre qui est qui dans l'arène locale. Pour cela, il faut réaliser un bon diagnostic au départ.

D'un point de vue organisationnel, le partenariat est une relation qui doit être fondée sur la définition conjointe des objectifs et des moyens de les atteindre, un partage des responsabilités et un apprentissage mutuel.

Le partenariat avec des associations constituées ou des groupes informels locaux est difficile, notamment en raison de leur multiplicité et de leur dispersion. De plus, il existe peu de villages qui n'aient connu au minimum plusieurs projets successifs et parfois simultanés, sans coordination. Il est alors impossible de ne pas tenir compte de l'existence d'une histoire locale de ces interventions passées, qui marque profondément la perception que les populations ont des acteurs extérieurs de l'aide et peut avoir des conséquences sur l'acceptation des projets présents.

Le partenariat est difficile mais essentiel : les partenaires sont souvent des interprètes culturels qui bénéficient d'une bonne connaissance du terrain et de l'organisation des communautés. Leur ancrage local leur confère un rôle de « passeurs de projets » permettant de reprendre et de maintenir les activités en place.

Parmi ces partenaires, certains se révèlent souvent centraux pour crédibiliser une démarche ou un projet. C'est le cas des autorités locales, publiques et religieuses.

L'alliance avec les autorités religieuses, en particulier, est parfois le plus sûr moyen pour lever des tabous et engager le débat sur des thèmes sensibles.

46. Synthèse du forum « Culture(s) et/ou culture d'urgence », www.medecinsdumonde.org.

« Le changement aujourd'hui, c'est que l'on peut parler de planning familial à la radio et dans les mosquées alors qu'avant personne n'osait en parler. » **Un agent communautaire au Niger**

En Papouasie, au Pakistan ou encore au Niger, même si les religieux ont de grosses difficultés à prendre position sur certaines questions (planification familiale, violences conjugales...), les équipes de MdM défendent leur choix de travailler avec eux :

« On ne peut pas faire grand-chose sans leur approbation, et ils ont plus de poids sur certains sujets que d'autres personnes. »

Ainsi, le travail avec le représentant des imams au Niger sur un projet de santé reproductive a permis de légitimer l'action et de protéger aussi le projet et les agents d'éventuels risques de rejet :

« Les marabouts du village constituaient l'obstacle, il a fallu beaucoup travailler avec eux, les convaincre d'abord pour qu'ils relayent les messages. Beaucoup ne sont pas prêts à faire des prêches autour de ces messages, on s'est fait refouler dans des sites. Si leurs imams étaient impliqués, tous ces problèmes disparaîtraient, l'équipe ne serait pas refoulée. Il y avait de fortes réticences à travailler sur la planification familiale de leur part⁴⁷. »

Il faut bien entendu concentrer ses efforts sur des collaborations avec des leaders religieux ouverts, disposés à expliquer pourquoi telles ou telles pratiques font référence à la culture ou à la religion, afin de lever des tabous. Cela a été le cas au Niger, où la collaboration avec un imam a permis d'améliorer les résultats d'un projet de planification familiale et de promouvoir l'utilisation du préservatif. L'islam, indiquent certains religieux, préconise l'espacement des naissances ; les compagnons du prophète l'ont appliqué. Mais au Niger, où cette religion est souvent mal connue de ses pratiquants, l'espacement des naissances est condamné par la morale et par des groupes de fondamentalistes, qui prônent également le rejet des acteurs de développement, accusés de promouvoir des comportements contraires à l'islam.

« Il y a un fort tabou ici. Pour les gens, la planification familiale, ce n'est pas légal, c'est un crime. Les imams et les chefs traditionnels sont les garants, car ce sont eux qui décident au niveau des communautés. [...] Les animateurs osent parler de questions sexuelles grâce à leur implication, mais certaines personnes, comme les personnes âgées par exemple, ne peuvent pas parler de sexe. Quand il y a un imam, on peut parler des pratiques de l'islam par rapport à la sexualité, cela a permis de déblayer le terrain. » **Un partenaire nigérien**

Il a été remarquable de constater dans cette zone que tous les acteurs parlaient encore de la caravane de prêche de l'imam alors que celle-ci n'avait eu lieu qu'une seule fois dans l'année. Cette forte imprégnation, certes œuvre d'un homme au fort charisme et à l'engagement personnel, montre à quel point l'activité fut appréciée.

Le lien avec les autorités publiques ou traditionnelles n'est pas moins important, même s'il est complexe (questions de légitimité, acceptation ou au contraire conflit, détournement, perte de crédibilité...). Il faut bien être conscient des dynamiques politiques et sociales locales, notamment parce que la collaboration avec les autorités est bien souvent nécessaire pour légitimer un projet et le travail avec une communauté, mais aussi pour limiter la manipulation du projet à d'autres fins que celles attendues.

Dans l'atelier de Dhulikel, le lien avec les différents types d'autorité a été largement abordé, et l'on a pu se rendre compte de la grande diversité des situations en termes de collaboration. Au Pakistan, le lien est évident entre les autorités publiques et MdM, l'association appuyant directement les *dar-ul-aman*, refuges pour femmes gérés par le gouvernement. Au Niger, le lien est de « bonne volonté » puisque l'équipe travaille en étroite collaboration avec les agents de l'État, par contre en Indonésie, le lien est très faible :

« Le gouvernement nigérien est au courant de ce qui se passe. D'ailleurs, beaucoup de nos réunions se passent dans des dispensaires d'État. Et nous travaillons avec des agents de santé de l'État. » **Les délégués au Niger de l'atelier de Dhulikel**

« Les agents de l'État ne font strictement rien, et tout est conçu en substitution. » **Les délégués indonésiens de l'atelier de Dhulikel**

franchement hostiles car les autorités, notamment policières, sont opposées au principe même de la réduction des risques liés à l'usage de drogues.

Le rapport aux autorités locales n'est donc pas toujours sans problème. Par exemple, MdM tente de travailler avec les Jirga, assemblées plus ou moins formelles dans certaines villes du Pakistan. Ce sont des assemblées populaires traditionnelles pour le règlement des conflits (auxquelles on recourt en premier lieu, avant d'aller devant les tribunaux). Mais les jugements rendus peuvent ne pas aller dans le sens des droits humains ; il faut alors identifier dans ces assemblées une personne qui soit favorable aux droits de l'homme, de manière à ce que ces derniers soient respectés dans les décisions rendues. Le rapport à l'autorité influe par ailleurs sur la participation aux activités de MdM. Bien des gens, rapportent certains participants, ne viennent aux réunions que parce que le chef de village est là. Parfois, les communautés ont peur de s'exprimer « devant les riches ou devant le chef du village ». À l'inverse, dans certains endroits, les personnes ne participent que si leurs leaders le leur demandent, le chef de village ou le chef religieux sont alors de véritables moteurs de la mobilisation.

En tout état de cause, les acteurs de l'aide doivent se situer en constante position de facilitateurs, créant des situations propices à la rencontre des partenaires et au déclenchement des actions collectives. Cette position demande de s'impliquer pour favoriser la communication entre partenaires qui ne se connaissent pas et de savoir identifier et saisir les opportunités, elle demande également un sens de la négociation et une aptitude à stimuler des solidarités de communautés d'intérêts. Des espaces d'échanges entre projets tels que l'atelier de Dhulikel sont absolument nécessaires pour pouvoir dialoguer et réfléchir en commun à l'intérieur d'une même association aux projets si différents.

Enfin, en Afghanistan, les relations sont

47. Magali Bouchon, rapport de mission d'évaluation interne par le S2AP, projet Recherche-action plaidoyer Niger, MdM, février 2010.



LES ACTEURS COMMUNAUTAIRES (AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES, RELAIS, PERSONNES RESSOURCES...)

➤ On a déjà souligné que, pour travailler avec les communautés, la connaissance préalable des éléments culturels clés est indispensable. Pour faciliter cet accès culturel, il est important d'avoir de bons intermédiaires à l'intérieur même du groupe ou de la population concernée, et l'une des pierres angulaires des projets est la participation de **personnes ressources**, ou de personnes relais.

Ces personnes représentent un élément central pour intégrer socialement les projets, et faciliter l'*empowerment* et la participation des populations locales. Les acteurs communautaires, véritables ponts entre les communautés et le projet, renforcent et étendent les services de santé en place, leur permettant d'atteindre des populations plus difficiles d'accès (comme dans le cas des conflits armés) ou plus vulnérables.

Pour des ONG comme MdM, ils se situent à la jonction du système biomédical et du système populaire local; ils sont familiers des représentations et des pratiques culturelles locales et constituent une « porte d'entrée » vers l'univers médical. Mais cette position intermédiaire le plus souvent bénévole est rendue ambiguë par les difficultés des conditions de vie (peut-on demander aux plus pauvres un engagement bénévole ?)

et par les difficultés de compréhension et de communication. Les agents communautaires sont souvent pris dans les mêmes contraintes sociales, familiales, religieuses que les populations : dans tel projet, l'un des meilleurs agents formés, une femme, a dû arrêter car son mari trouvait qu'elle n'était plus suffisamment à la maison. Dans tel autre, des agents ont dû interrompre leur activité du fait de conflits politico-religieux les mettant à l'écart et les privant de leur position de représentants. Dans tels autres, enfin, certains agents partent pour aller chercher un emploi saisonnier.

1 / LA DIVERSITÉ DES FONCTIONS ET DES APPELLATIONS

Plusieurs termes sont utilisés pour désigner ceux qui travaillent avec la communauté dans des actions de promotion de la santé, de réduction des risques, de sensibilisation, etc. « agent de santé communautaires » (ASC) est le terme générique. Il est apparu en 1978 dans la déclaration d'Alma-Ata adoptée par de nombreux gouvernements et ONG, laquelle précisait que l'ASC doit répondre à un certain nombre de critères⁴⁸ : être membre de la communauté, avoir été choisi par elle, répondre à la communauté de ses activités, avoir reçu une formation. En 1989, l'OMS reconnaissait que les ASC pouvaient améliorer les indicateurs sanitaires et diminuer les taux de mortalité. Aujourd'hui, les ASC ont plusieurs appellations selon les pays et les projets : *community health worker*, *village health worker*, agents communautaires, facilitateurs, médiateurs,

personnes ressources, personnes relais... À l'image de la diversité des projets et des actions, les agents communautaires peuvent avoir une grande diversité d'activités. Lehman, Friedman et Sanders proposent une distinction simple entre « ASC généralistes » et « ASC spécialisés ». Les exemples de projets reposant sur des ASC dits « spécialisés » sont nombreux, principalement dans les domaines de la santé materno-infantile, de la santé reproductive, de la nutrition, du paludisme, et plus récemment de la prise en charge du HIV/sida⁴⁹.

Les activités préventives et de promotion de la santé de la plupart des projets communautaires occupent l'essentiel du temps des ASC et concernent des activités aussi diverses que l'hygiène et l'assainissement, la vaccination, les suivis et conseils nutritionnels, le planning familial, l'enregistrement des naissances et des décès, la désinfection, les premiers soins et le traitement de base de maladies du quotidien telles que le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës.

Dans le cadre de la délégation des tâches, l'OMS recommande de s'appuyer sur les ASC pour les activités de suivi des patients. Les agents doivent être capables d'identifier des symptômes simples et de faire un référencement médical. Ils peuvent effectuer des pansements et parfois des injections sous-cutanées et intramusculaires. Ils peuvent jouer un rôle dans la délivrance de traitements longs ou de contraceptifs. Les conditions sont alors une formation adaptée préalable et une supervision rapprochée par les équipes soignantes. Mais, comme nous le verrons plus loin, la disparité de niveaux entre les agents communautaires rend difficile une homogénéisation des activités au sein d'un même projet.

48. Marie-Agnès Marchais, étude sur les agents de santé communautaires, S2AP, 2009.

49. U. Lehmann, I. Friedman, D. Sanders, « Review of the utilisation and effectiveness of Community-based health Workers in Africa. » Joint learning initiative: human resources for health and development, 2004.



Grup

Lamina (I)

Aisa kum utla bilat. ai maia
ai luhpia ra, latuan kai'kras
Savkan ka, baman brisa
Proki wipi baman brisa.

Lamina (P)

2 / LA PROXIMITÉ SOCIOCULTURELLE COMME CRITÈRE COMMUN DE SÉLECTION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

La proximité et la mobilité sont deux caractéristiques essentielles de la fonction d'agent communautaire. Elles permettent de faire les visites à domicile des malades ou de les soigner dans des lieux accessibles : place du village, maison associative, cours de concession, etc. Elles assurent aux ASC une bonne connaissance des problématiques qui préoccupent les personnes, elles les aident à être identifiés tout de suite par les populations et à intégrer des réseaux...

Cette position n'est cependant pas automatiquement représentative, la personne ne peut représenter toute une communauté, un groupe étant par nature hétérogène. Elle peut en outre être partie prenante dans des conflits latents, des oppositions, etc. Une personne plus extérieure à la communauté pourrait au contraire être plus impartiale, ne pas avoir hérité des conflits passés, apporter un regard nouveau, être plus objective et moins impliquée émotionnellement... Mais le groupe peut être plus réticent à parler ouvertement de ses besoins et préoccupations avec quelqu'un perçu comme « plus éloigné ». Il arrive aussi que l'acquisition du statut d'agent communautaire, considérée comme une

promotion sociale, éloigne les agents des pratiques populaires, qu'ils estiment alors obsolètes, les amenant à les déconsidérer.

« Les gens de mon quartier sont archaïques, ils font comme les vieux, ils n'ont pas évolué, ils n'ont pas compris qu'il faut changer, [...] moi j'ai été choisi et j'ai reçu une formation, je peux leur expliquer maintenant... »
Un agent formé pour faire de l'éducation pour la santé⁵⁰

À ces réserves près, la proximité de l'agent dans le domaine culturel, social, de genre, d'âge... permet d'adapter les actions à la réalité des communautés. Un bon choix d'agents va permettre par exemple dans des activités de sensibilisation d'ajuster le message en construisant le discours et les supports sur des éléments de leur propre expérience : cela permet d'attribuer du sens, autant pour le projet que pour les populations, à des préconisations qui parfois supposent des conduites éloignées de l'environnement culturel local et des modes d'être et de faire ordinaires. Le message nécessite des adaptations pour être traduit en pratiques, surtout si ce message a été élaboré loin de son contexte local de mise en œuvre. Cela peut être le rôle des agents communautaires ou des éducateurs pairs.

Parce que les ASC font le lien direct avec les projets, leur position socioculturelle influence la perception que la population a des actions. Le statut, le genre, l'âge, l'expérience, les rôles et responsabilités que ces personnes ont, ou ont eu auparavant, comptent. Les agents ne sont pas neutres, ils sont porteurs d'une identité, et il faut en être conscient, car cette identité influence le processus participatif.

« Lors d'un atelier de formation sur les méthodes participatives organisé au Liberia, de nombreux participants se sont trouvés être d'anciens professeurs et étaient connus comme tels par la population. Cela a affecté leur comportement en ce qu'ils cherchaient à reproduire la relation hiérarchique professeur-étudiants quand ils interagissaient avec la population. De la même manière, le comportement de certains membres de la population était influencé par la déférence qu'ils marquaient envers ceux qu'ils avaient connus en tant que professeurs et qui représentaient une forme d'élite intellectuelle⁵¹. »

« Vraiment au niveau des relais il y a beaucoup de manquements. Peut-être qu'ils n'ont pas été assez formés sur les méthodes d'approches, de communication, de pédagogie. Ils ne savent pas toujours comment parler aux gens. Il faut former les relais à la discrétion. Sans doute MdM a des moyens de les former. Comme ils n'ont pas assez de pédagogie, ça joue sur leur motivation. » **Un chef de village**

Ce témoignage nous amène aussi à la question des motivations et des gratifications des agents. Quel est l'intérêt pour eux de participer à ces actions ? Que reçoivent-ils en échange de leur temps ? Comment les populations les plus précaires peuvent-elles continuer à s'impliquer ?

3 / LES LIMITES ET LES DIFFICULTÉS DU TRAVAIL DES AGENTS COMMUNAUTAIRES

Les difficultés évoquées par les acteurs communautaires sur les terrains sont de nature très diverse. On peut citer parmi les difficultés exprimées :

→ **L'isolement** : mauvaises infrastructures routières et faibles moyens de transport et de communication.

→ **Des compétences techniques limitées** : le faible niveau d'alphabétisation limite souvent la compréhension des formations, des procédures ou standards de travail, surtout s'ils ne sont pas bien adaptés. Cela demande alors un plus grand cadrage de la part des équipes pour palier les difficultés.

→ **Un manque de crédibilité vis-à-vis de la communauté** : les agents travaillent parfois avec des populations peu intéressées par les actions ou démotivées dans le temps, car elles ne perçoivent pas le rôle de l'agent comme essentiel à la gestion de leur santé. Il n'est pas rare qu'en milieu de projet un agent doive proposer deux ou trois rendez-vous avant d'arriver à réunir des personnes pour une session de sensibilisation.

« Il faut être patient quand on est un relais, les gens ne viennent pas aux causeries. [...] Ça fatigue, surtout quand tu n'es pas payé pour faire ça, et les gens ne viennent pas. Si je ne gagne rien est-ce la peine de réunir des gens pour leur raconter des choses ? »

50. Magali Bouchon, rapport de mission d'évaluation interne par le S2AP, projet Recherche-action plaidoyer Niger, MdM, février 2010.

51. URD, « Manuel de la participation à l'usage des acteurs humanitaires. Pour une meilleure implication des populations affectées par une crise dans la réponse humanitaire », URD & ALNAP, 2009.

→ **Un manque de crédibilité vis-à-vis des professionnels** : il arrive que les professionnels de santé et le personnel administratif minorent le rôle des ASC ou les considèrent comme un poids en plus à gérer dans les projets. Les agents peuvent être perçus comme « imposés » par des projets de santé, sans concertation avec les professionnels de santé, qui ont alors du mal à les intégrer dans leurs procédures. Les agents impliqués sur des projets peuvent alors se sentir mal à l'aise face à ces professionnels (surtout si ceux-ci font preuve de mépris à l'égard de leur rôle), avoir peur de parler ou de passer pour des ignorants, ne pas oser les contredire, avoir peur de leur manquer de respect. Il faut donc être attentif à créer un climat de confiance entre tous les membres d'un projet.

→ **Des jalousies et des pressions de la part des autres membres de la communauté**, suscitées par le pouvoir (statut, formation, responsabilités...) que procure le statut d'ASC ou les ressources mises à la disposition des agents : ordinateur, essence, per diem, etc.

« Ce n'est pas facile, les gens de mon village croient que parce que je travaille pour une ONG, je veux faire comme les Blancs, et puis ils pensent que je vais devenir plus riche, ils me réclament des choses. »

→ **L'inadéquation éventuelle entre les activités des agents communautaires et les attentes de la communauté**, par exemple les habitants d'un village qui souhaitent des soins curatifs plutôt que des actions de prévention. Surtout si les dysfonctionnements de certains projets

(rupture de médicaments essentiels) génèrent de la déception dans les communautés, diminuant ainsi la valeur et l'impact des agents, lesquels se trouvent alors sous-utilisés.

→ **Des conflits d'intérêts renforcés par les projets** : les projets prennent parfois place dans des communautés qui peuvent être vues comme des arènes locales où se confrontent divers groupes stratégiques⁵². Dans une communauté, tout le monde n'a pas les mêmes intérêts ni enjeux et il faut compter avec les rivalités individuelles, les querelles et les antagonismes de personnes qui divisent un projet. Les actions se heurtent à de nombreux jeux de pouvoirs (utilisation par un agent de son nouveau statut à des fins personnelles) ou à des réinstrumentalisation des objets et ressources liés aux projets (utilisation des locaux à d'autres fins...). Réciproquement, tout projet peut entraîner des luttes spécifiques parmi les agents selon les positions qu'ils occupent les uns par rapport aux autres. Dans le pire des cas, les projets qui charrient des ressources importantes transforment les agents communautaires en simples prestataires de services (des agents communautaires qui « travaillent » pour des projets plus que pour leur communauté). Parmi les sources de difficultés on peut citer :

– le recrutement d'un agent : grâce à ses bonnes relations dans le quartier ou le village, avec l'administration et/ou les autorités locales, un individu peut être choisi pour devenir un agent communautaire, et voir ainsi son pouvoir personnel augmenter indirectement dans le quartier. Dans certains cas, il peut aller jusqu'à en user pour se porter candidat à une élection politique locale. De son côté, il faudra qu'il renvoie

l'ascenseur à ceux qui lui ont permis d'obtenir ce statut ;

– l'existence d'enjeux matériels propres à accroître le pouvoir d'un groupe social (acquisition d'un local par exemple pour telle association). On retrouve là les logiques spécifiques autour des prérogatives et privilèges divers, dont un des plus marquants est sans doute le véhicule ;

– Le problème des primes incitatives et des détournements : en étant associé à une ONG, un agent communautaire peut être amené à devoir montrer ou à légitimer la valeur de cette nouvelle position sociale au reste du groupe. Cela passe parfois par sa capacité à redistribuer des ressources du projet (primes incitatives par exemple). Si sa capacité de redistribution est trop faible, c'est-à-dire qu'il n'a pas accès à suffisamment de ressources, il peut chercher ailleurs ce que le projet ne lui octroie pas directement : on retrouve là les pratiques parallèles et détournements qui permettent d'améliorer le quotidien : utilisation du matériel, revente de médicaments, etc. L'instauration des primes incitatives engendre aussi le risque de rendre aléatoire la pérennité des activités. Quand l'arrêt des primes incitatives est lié à celui des financements, les agents peuvent refuser de continuer leur formation ou leurs déplacements. Le maintien des primes incitatives apparaît dès lors comme une des conditions majeures de la pérennisation des activités pour les responsables de projets, et constitue une contrainte supplémentaire à anticiper.

→ **La mise en danger pure et simple** : la participation des ASC aux activités d'un projet sensible peut générer des risques pour leur sécurité ou celle des populations. Au Niger, des agents d'un projet de planification familiale dans une zone où le

sujet reste tabou font part de leurs difficultés à sensibiliser les femmes sans risque :

« Pour les femmes célibataires et les jeunes femmes, c'est en cachette, c'est trop dangereux, c'est une cible qu'on ne peut pas sensibiliser, elles se demandent pourquoi on va les voir, elles disent : "Mais que vont penser les gens si vous venez me voir ?" »

Cette perception possible « d'incitateurs à la débauche » peut jouer sur les critères de sélection des agents :

« Si l'on décide de mettre en place des agents non mariés, les autorités diront que l'on incite à la débauche. On ne peut pas faire de sensibilisation par les pairs pour les femmes célibataires. »

Les femmes qui vont travailler dans des projets de lutte contre les violences faites aux femmes peuvent aussi, indirectement, augmenter le risque de victimisation, de stigmatisation. Et dans des communautés où elles ont très peu de pouvoir, où elles ne sont pas autorisées à participer à des activités publiques, il peut être compliqué de les faire participer aux projets sans risquer de les marginaliser. Il faut que culturellement le projet soit bien adapté à la place de la femme, s'assurer par exemple que les hommes ont compris pourquoi les femmes devraient être incluses dans le projet participatif. En Papouasie par exemple, la responsabilité de soigner est socioculturellement dévolue aux hommes et les femmes impliquées dans des projets de santé courent de sérieux risques.

52. Dans d'autres documents, on pourra trouver le terme d'« alliance stratégique ». Pour approfondir, J.-P. Olivier de Sardan, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Karthala, Paris, 1995.

53. Marie-Agnès Marchais, étude sur les agents de santé communautaires, op. cit.

Enfin, dans des situations de conflits, les femmes victimes de violences peuvent être en danger si les conditions de confidentialité ne sont pas assurées. Les informations sensibles ne doivent être collectées que si les structures et un processus de protection des données sensibles sont mis en place⁵⁴.

→ **Les pressions politiques ou religieuses :**

pour certains projets, de réduction des risques auprès de personnes ayant des pratiques criminalisées ou stigmatisées par exemple (usagers de drogues, personnes se prostituant), les éducateurs pairs sont vite exposés au harcèlement de la police et des institutions. Pour les missions France qui travaillent essentiellement avec des personnes marginalisées ou exclues, dans des situations administratives précaires, stigmatisées ou criminalisées, le recrutement de personnes au sein des communautés expose encore davantage celles-ci, les personnes relais étant plus facilement identifiées par la police ou les institutions. Elles peuvent alors faire l'objet de pressions ou de harcèlement (pour donner des informations, pour les intimider et leur faire abandonner leur rôle...).

4 / LA QUESTION DE LA SÉLECTION DES AGENTS COMMUNAUTAIRES

Le choix des agents communautaires est une étape clé influençant grandement la réussite d'un projet, avec ses deux stades que sont la définition des critères (présélection) et la sélection à proprement parler. Le rôle des communautés dans ce processus est primordial, qu'il s'opère, selon les contextes et les projets, soit par l'implication des comités

villageois de santé, lorsqu'ils existent, soit lors d'assemblées générales rassemblant tout le village, soit encore par l'implication des chefs de village et des leaders religieux, ou encore des responsables du district de santé.

Les critères de sélection des agents sont liés au profil des bénéficiaires et des déterminants socioculturels, aux objectifs et aux activités du projet, à des questions d'âge, de sexe, de langue. Dans un projet de réduction de la mortalité materno-infantile, les critères de sexe et d'âge sont évidemment particulièrement importants pour gagner en légitimité ; dans de nombreuses sociétés, la participation des femmes n'est possible que si le personnel de santé est féminin. Les agents communautaires ne sont pas neutres ; ils impriment au projet leurs propres perceptions et visions, même si elles sont problématiques, ce qui oblige les projets à des compromis, des détours par rapport à leurs objectifs.

CRITÈRES DE SÉLECTION ÉVOQUÉS LORS DE L'ATELIER DE DHULIKEL

- la personne doit avoir de l'expérience en rapport avec le thème (c'est-à-dire ayant déjà vécu l'expérience de ce que les personnes vont traverser ou traversent : par exemple avoir déjà allaité pour faire la promotion de l'allaitement exclusif, s'être déjà substitué pour parler des techniques de prévention avec le client...);
- elle doit être motivée (même s'il n'est pas toujours simple de définir ou d'interpréter le mot « motivé » notamment en situation interculturelle);
- elle doit avoir suffisamment confiance en elle pour parler, s'adresser aux autres (de manière individuelle ou en groupe).

L'influence des leaders et de la communauté dans le choix des agents communautaires, souvent effectué en fonction de stratégies, de réseaux, de querelles, de soupçons... n'est pas neutre et peut être source de problèmes (à ce sujet, le personnel national, qui connaît souvent bien les populations et leurs « terrains », n'est ni dupe ni naïf au regard des modes de sélection opérés par les communautés).

« En fait, ce n'est pas la communauté qui choisit réellement, c'est le chef de village, qui choisit souvent sa famille. On n'a pas toujours le choix des personnes relais, on accepte la décision du chef. »

Le système d'assemblée générale, quant à lui, ne se révèle pas toujours performant pour éviter les modes de sélection plus « traditionnels », c'est-à-dire imposés par les leaders :

« Il n'est pas évident que le choix de l'assemblée générale soit le meilleur, et le chef peut aussi influencer l'assemblée générale. »

Autre biais : le choix des agents communautaires par les communautés se fait souvent en faveur d'agents ayant déjà travaillé avec des ONG ou des agences internationales... Cette première expérience les désigne tout naturellement, même s'ils n'ont pas été spécialement efficaces :

« On te propose des gens qui ont déjà l'habitude de travailler avec les projets, on a tenu compte de ça dans les choix, donc on a fait attention. »

Pour toutes ces raisons, on peut s'interroger sur les limites et les écueils de la participation communautaire : est-ce que les projets ne « fabriquent » pas des « professions », des nouvelles « communautés de métier » constituées autour des projets de santé, avec des agents qui s'engagent pour un métier peut-être davantage que pour le bien-être de leur communauté. Si le système de projet « construit » des agents sans ancrage réel, lors du démarrage du projet, il leur est très difficile d'exister socialement auprès de leur communauté, et donc de continuer les activités. Un effet pervers constaté est que les agents se sentent plus reliés à l'ONG qu'à leur communauté lors des activités, tout simplement parce que c'est le projet qui les a mis en place et non la communauté. Là encore, la différence peut se faire si le projet a noué des liens solides avec les structures de santé, afin que celles-ci puissent plus tard continuer à intégrer les agents dans une équipe, et donc dans un projet.

D'où la nécessité dans le choix des agents communautaire de tenir compte du dispositif mis en place dans le cadre de la politique de santé communautaire d'un État :

« Il faut travailler en étroite collaboration avec les structures sanitaires, car elles peuvent continuer après. Il ne faut pas forcément utiliser d'autres relais, mais ceux qui existent déjà, car sinon les relais identifiés juste pour le projet arrêteront à la fin, alors que ceux qui travaillent déjà avec les structures continueront même après le départ de l'ONG. »

Outre la difficulté de repérer ces agents existants, les projets peuvent avoir des critères de choix qui ne correspondent pas

54. Voir « Pour une éthique de terrain. Gestion des données personnelles sensibles (santé – histoires de vie) », MdM, 2010.

aux profils des agents d'État. Toutefois, on peut se demander s'il ne reste pas préférable de reprendre ces mêmes agents, déjà intégrés au système de santé, le travail avec de nouveaux agents pouvant poser le problème de leur pérennisation.

Enfin, il faut signaler la question de la rareté ou de la faible disponibilité des personnes correspondant à critères de sélection rigoureux :

« Des gens disponibles, il n'y en a pas beaucoup, il y a l'exode, les champs. On cherche des gens disponibles et ce ne sont pas toujours les mieux placés [...] Le niveau d'instruction bloque le choix, car dans un village, il n'y a pas une seule personne qui sait lire ou écrire, donc ça biaise. On a été obligé de trouver une personne qui sait écrire en arabe, mais même ça, ça a été difficile. »

Le niveau d'instruction peut alors être un critère revu à la baisse : une sélection « par

« Le problème, c'est par rapport aux formations, il y a des agents qui n'assimilent pas, qui ne peuvent pas écrire, donc pour qui se souvenir de tout dans la formation est difficile ! »

défaut » qui complique la formation et donc la compréhension des activités par la suite. Ces problèmes de sélection jouent sur la « crédibilité » des agents choisis. La connaissance du passé des agents est centrale pour comprendre comment le projet va être perçu par la communauté :

« Chaque fois, l'assemblée choisit des vieilles femmes parce qu'elles sont disponibles, mais pour parler de planification familiale à des jeunes femmes, ça ne va pas, les jeunes ne veulent pas parler avec des vieilles, elles ont honte. Les maris des jeunes femmes ne sont pas d'accord pour qu'elles soient relais, surtout parce qu'elles sont bénévoles et qu'elles n'ont pas le temps. Les vieilles femmes sont plus disponibles, c'est tout. [...] Il faut faire attention aux âges parce qu'une femme jeune n'aime pas parler de ces choses-là avec une femme plus vieille, et vice versa. En plus les vieilles n'ont jamais pratiqué la planification et ne le feront plus, donc elles ne peuvent pas vraiment l'expliquer, il faudrait prendre une femme jeune qui utilise des méthodes de planification. Mais bon, les vieilles sont plus discrètes que les jeunes ! »

En effet, les attitudes de la personne relais peuvent influencer le déroulement des activités et l'appropriation d'un projet. C'est le processus d'influence sociale, qui se rattache à des notions telles que l'éducation, l'imitation, le conformisme, le conditionnement, l'obéissance, l'obéissance, le leadership ou la persuasion. L'influence sociale est une influence normative, amenant les individus à se conformer aux attentes des autres sous peine de « punition » sociale comme le rejet, l'hostilité ou encore l'isolement : des femmes assistant à des séances de sensibilisation sont parfois accusées de vouloir vivre à l'européenne.

5 / LA QUESTION DE L'ENGAGEMENT, DE LA MOTIVATION ET DE LA RÉMUNÉRATION

« Ce travail, finalement, tu le fais à plein-temps, parce que même quand tu es dans les champs, tu es sollicité. »
Un relais communautaire.

L'engagement dans un projet nécessite un engagement dans le temps : temps passé en réunion, en formation, à aller à la rencontre des bénéficiaires, à être disponible à tout moment, etc. Cette donnée doit être prise en compte lors de la planification des activités, pour ne pas mettre en difficulté, au regard de leur charge de travail, de leurs horaires... les personnes qui souhaitent s'engager. D'autant que le temps passé à cette activité est aussi du temps que l'on ne consacre pas à autre chose :

« Les agents ont un problème de temps, de disponibilité. Ils peuvent partir en brousse, sur leurs champs, ils n'ont pas forcément le temps pour parler. Si les gens viennent chez eux une fois et qu'ils ne sont pas là, qu'ils reviennent une deuxième fois et qu'ils sont toujours pas là, ça les décourage. Mais de son côté, l'agent ne peut pas arrêter son travail sur les champs. »

Il faut donc faire la différence entre un engagement d'une heure par semaine dans sa communauté et un engagement quotidien.

Dans tous les cas, il faut veiller à ne pas trop demander aux acteurs communautaires en termes de volume horaire et de responsabilités, car ils sont aussi par définition dans une situation économique (mais aussi administrative) précaire. Cela veut dire peut-être instaurer dès le départ des standards pour définir les rôles, les tâches et les limites de l'engagement des agents communautaires. Ces standards peuvent constituer des garde-fous essentiels pour préserver l'équilibre des agents communautaires et ne pas perturber leur vie sociale et économique.

Le débat éthique sur le bénévolat, l'indemnisation, la rémunération se retrouve dans nombre de projets de MdM. On le rencontre dans le projet du Lotus Bus, où des femmes qui se prostituent et qui exercent une autre activité professionnelle à côté prennent sur leur temps pour aider les équipes du bus à dialoguer avec d'autres femmes chinoises se prostituant. Ce temps qu'elles donnent est un temps qu'elles n'utilisent pas pour chercher des clients ou travailler tout simplement, alors qu'il leur est déjà difficile de trouver suffisamment d'activités rémunérées pour répondre à leurs besoins vitaux, ou pour rembourser la dette qu'elles ont contractée pour venir en France. Si la pertinence du recours aux personnes relais ne fait plus aucun doute, la question de leur rémunération demeure le cœur de leur pérennisation, une question que l'on ne peut guère dissocier complètement de la question de la motivation.

Les motivations des acteurs communautaires ne correspondent pas toujours aux attentes des acteurs de la solidarité, pour qui la participation devait répondre à une logique triple : apprentissage, *empowerment* et création d'interlocuteurs. La participation doit en effet permettre aux projets d'avoir des personnes relais assurant l'interface avec l'ensemble de la population.

Les logiques des uns et des autres sont assez contradictoires, et le succès de l'une

se fait souvent aux dépens des autres : ainsi, les agents communautaires, en qui les équipes des projets voient volontiers des « représentants démocratiquement désignés par la population », apparaissent souvent aux yeux des autres membres de la communauté comme « les gens » du projet, qui « mangent » grâce au projet. Or souvent le projet ne « donne » rien. La plupart des agents communautaires sont bénévoles, seuls les frais de transport et de nourriture sont généralement indemnisés. Cela est souvent mal vécu par les agents, mais aussi par la communauté :

« Les gens disent à ces agents que c'est un travail inutile puisqu'ils ne sont pas payés. Ces agents pourraient être crédibles s'ils étaient rémunérés en plus des formations. Tout le monde sait que chaque être humain doit être payé pour un travail. [...] Les gens ont besoin de voir aussi que les agents existent dans tous les villages, que c'est quelque chose qui est pris au sérieux⁵⁵. »

Le statut de bénévole a aussi l'effet pervers de rendre moins crédibles les activités.

« Les gens ne comprennent pas toujours notre activité. Au début, les gens nous riaient au nez parce que l'on s'était engagés dans un travail où on ne gagnait rien⁵⁶. »

55. 56. 57. Magali Bouchon, rapport de mission d'évaluation interne Niger, *op.cit.*

58. « On dit aux gens : "Vous êtes bénévoles, mais vous aurez une 'motivation'". À Abalak, dans un petit groupement de familles, nous avons commencé à nous présenter au chef de village et nous avons parlé de la motivation. Le chef nous accueille à bras ouverts. Au bout de quelques séances de travail, la motivation ne venait toujours pas. Un jour, on s'est retrouvé avec quelques personnes qui avaient l'habitude de venir aux réunions, mais sans chef. On nous a expliqué que le chef avait d'autre chose à faire et ne viendrait pas. »

59. Magali Bouchon, rapport de mission d'évaluation interne Niger, *op.cit.*

Les agents peuvent certes recevoir des avantages en nature (tee-shirts, pagnes...) ainsi qu'une indemnisation lors des formations.

« Ce sont des stratégies pour motiver, ça marche. Mais ce n'est pas suffisant. Même si les relais sont tous habillés en pagne du projet, ça ne suffit pas⁵⁷. »

La question du rapport à l'argent et des rémunérations/dédommagements est source de polémiques, complexe et génératrice de tensions, sans que l'on puisse toujours démêler ce qui ressort du culturel, du caractère des uns et des autres, ou simplement de la situation de plus ou moins grande précarité de la zone concernée. Il y a, comme le notait un participant nigérien à l'atelier de Dhulikel, un amalgame fréquent entre motivation, rémunération et reconnaissance⁵⁸. L'ambiguïté sur les mots révèle l'importance de ces questions. Bien sûr, indépendamment de la rémunération, des personnes peuvent trouver des bénéfices importants (reconnaissance, éléments de pouvoir) dans leur engagement. Les gains peuvent se révéler importants en termes d'amélioration du statut social, de la reconnaissance, de l'apprentissage, de la liberté, et de nouveaux espaces d'expression, notamment pour les femmes. Une participante vietnamienne ajoute que l'engagement bénévole peut être une occasion de reconstruction personnelle pour des personnes qui sont passées par des épreuves très difficiles.

Les principales motivations exprimées par les acteurs communautaires sont :

→ la reconnaissance au sein de la communauté du rôle de la personne, qui engendre une fierté et le sentiment d'avoir plus de pouvoir au sein de sa communauté.

« Le fait que les gens font appel à nous, c'est ça notre motivation. Ils voient que nous sommes capables de leur dire ce qui est bien ou pas, ça nous motive et c'est bien. Même des gens d'autres villages font appel à nous⁵⁹. »

→ la valeur symbolique de l'appartenance à une autre communauté (celle des opérateurs du projet de MdM ou celle des autres agents communautaires...), autrement dit l'appartenance à un projet. les agents communautaires apprécient le suivi de leur activité par les animateurs, les centres de santé et les personnes du projet. À noter que la tenue est particulièrement bien appréciée pour rappeler cette appartenance au projet et ainsi se distinguer. Elle apporte une certaine considération ;

« Je suis fière quand je vois la voiture de Médecins du Monde arriver dans le village et que c'est à nous qu'ils parlent, et pas à d'autres personnes. On va à la maison, et on file mettre notre tenue. »
Un agent communautaire⁶⁰.

→ la possibilité grâce aux formations d'améliorer ses connaissances, son capital social, son pouvoir au sein de sa communauté ;

60. Magali Bouchon, rapport de mission d'évaluation interne Niger, *op.cit.*

→ un gain de liberté grâce à de nouveaux espaces de parole ;
→ la possibilité et l'envie de faire changer les choses, pour le bien-être, la santé, les droits de sa communauté ;
→ la possibilité d'une reconstruction personnelle et d'avoir un avenir vers lequel regarder, grâce au combat à mener.

Si certains agents sont rémunérés, dans des projets bien particuliers, cela ne se fait pas toujours sans effets pervers. Au Myanmar, par exemple, les agents de santé communautaires sont officiellement bénévoles, et ce malgré un temps important consacré à ces activités. Comme ils font parfois jusqu'à 50 visites de familles par mois dans les villages (autant de temps qu'ils ne passent pas à travailler ou à chercher du travail), les familles satisfaites donnent une sorte de compensation du temps passé dans les communautés. Les familles estiment que c'est moins cher de donner un peu d'argent aux agents plutôt que de se déplacer jusqu'au prochain centre de santé, ou de payer des soins plus chers à cause d'un retard dans le référencement. Dans d'autres contextes, ce n'est pas toujours aussi simple. Ainsi, le président d'une association partenaire nigérienne déclarait :

« Les agents font ça alors qu'ils pourraient faire autre chose pour manger. Je comprends qu'ils attendent quelque chose en échange. Mais il faut une réflexion là-dessus. Il ne faut pas trop motiver je pense, car cela crée des scandales et met les gens en difficulté. Il peut y avoir des problèmes entre le chef et les agents, les gens seront mal à l'aise. Je me souviens d'une ONG qui faisait des gratifications selon le nombre de séances organisées, les agents arrivaient à la fin

du mois avec des déclarations de 20, 30 séances, c'était un problème. Pour avoir de l'argent ils auraient pu déclarer 100 séances ! Gratifier c'est bien, mais comment ? Gratifier à la performance c'est pas mal, mais c'est injuste, si l'agent est malade, alors il n'a rien. Moi je pense que c'est la formation continue qui peut le plus être intéressant⁶¹.»

De plus, comment rétribuer les agents sans menacer la pérennité d'un projet ? Les communautés n'auront pas forcément par la suite les moyens ni l'envie de continuer à les rémunérer. Au début du projet, on peut envisager un système de table ronde avec les partenaires, les autorités, la communauté et les agents afin de discuter de ces questions de rémunération :

« Il ne faut pas salarier, poursuivait le président de l'association partenaire, mais accompagner l'agent, voir comment il est possible de le gratifier, lui demander comment lui, il voit sa gratification. Il faut que ce soit quelqu'un avec qui on travaille tout le temps, mais trouver le bon système est difficile. Cette réflexion peut se faire avec les individus, on peut choisir les relais aussi par rapport à cette gratification. Aujourd'hui, on travaille avec ce qu'on a, des agents compétents ou pas compétents, on voit certains plus souvent. Pour les rassembler, il faut un ou deux jours, mais il est possible de faire quelque

chose pour trouver une solution avec eux. [...] Un relais, par définition, est un porte-parole qui doit être engagé, qui doit comprendre la philosophie du projet. [...] Mais le bénévolat, c'est quand on a les moyens. Quelqu'un qui travaille pour 100 F la journée ne peut pas être bénévole. Un relais doit être la pièce maîtresse du projet, car il relaie à toute la communauté. Il est donc très important qu'il soit impliqué à un niveau important. Alors comment trouver un système de motivation, de gratification, même ponctuel ? Peut-être former plus, un petit salaire, un moyen qui peut combler ces heures pour le projet, une contrepartie. »

Le principe du bénévolat dans des contextes de grande précarité est un débat difficile⁶². De ce fait, l'idéologie « participationniste » des projets, selon laquelle le travail gratuit des populations est un gage de leur intérêt, et constitue aussi leur apport propre, se heurte de plus en plus aux représentations et aux stratégies des populations, qui considèrent que les projets ont des moyens, et sont des moyens d'enrichissement pour les équipes « sur le dos » des populations. Ils estiment donc qu'eux aussi doivent avoir leur part en indemnités, per diem ou rétributions directes diverses.

61. Magali Bouchon, rapport de mission d'évaluation interne Niger, *op.cit.*

62. Sur certains projets, il peut être mis en place un système où l'agent, l'éducateur pair est indemnisé ou reçoit une certaine compensation s'il travaille plus d'un certain nombre d'heures.

6 / LA QUESTION DE LA FORMATION (INITIALE/CONTINUE), DU SUIVI ET DE LA SUPERVISION

Si la formation permet aux agents d'enrichir leurs connaissances, elle permet aussi de créer un environnement propice au succès du projet, car elle renforce la motivation et le sentiment d'appartenir à une équipe de travail : « faire partie d'une équipe » est une des motivations déclarées des agents parce que la formation continue et le suivi font « exister » ces agents aux yeux des communautés et des professionnels.

La nature même du bénévolat peut souvent entraîner des sentiments d'isolement, de frustration pour ces acteurs. Un manque de soutien, un manque de supervision peut être perçu comme un manque de confiance dans la capacité de ces personnes à participer au projet. Il faut maintenir l'intérêt à participer au projet en leur laissant aussi la possibilité de prendre des décisions sur le processus. Une bonne supervision et un soutien peuvent réduire ou éliminer ces frustrations. Ce suivi peut se faire par l'équipe projet tout comme par la communauté, via les comités villageois par exemple. Dans ces réunions régulières de suivi, il faut encourager les acteurs communautaires à exprimer les difficultés qu'ils rencontrent dans le travail, sans crainte de jugement. Ces réunions peuvent se faire avec l'aide d'une personne extérieure à l'équipe, pour permettre aux

acteurs communautaires de ne pas avoir peur de parler de leur gestion en général, en rappelant le caractère confidentiel de ces réunions. Il faut leur fournir un *feedback* qui permette de reconnaître leur travail, mais aussi de montrer que l'on a entendu leurs difficultés et qu'elles seront prises en compte.

Il faut aussi pouvoir régulièrement proposer d'autres formations, d'autant que très souvent le temps de formation initial n'est pas suffisant pour tout assimiler :

« Dans la formation, raconte un membre de l'équipe de MdM, on ne forme les relais qu'à l'essentiel, c'est-à-dire au référencement. Il y a un travail en aval à faire aussi, en formation continue, pour maintenir un niveau de connaissance et pour comprendre quelle perception le relais a eu de sa formation, vérifier qu'il a tout compris, parce que si un relais réfère un enfant dans un centre de santé à 20 km et que cet enfant n'a pas de problème, est-ce que la maman va recommencer ? Les gens vont dire : on le savait, ce relais ne connaît rien du tout⁶³. »

La pérennité des activités des agents tient en grande partie au suivi et à l'encadrement. La supervision procure un sentiment de valorisation et de reconnaissance, surtout pour les agents isolés et ayant peu de contacts avec les autres agents ou même l'équipe projet. Idéalement, la supervision est l'outil formel de gestion des ressources humaines qui permet de corriger les défauts, d'encourager les bonnes pratiques et d'aider à améliorer les fonctionnements individuels et de groupe⁶⁴.

63. Magali Bouchon, rapport d'évaluation projet Recherche-action plaisoyer, Niger, *op.cit.*

64. Marie-Agnès Marchais, étude sur les agents de santé communautaires, *op.cit.*

Des formations conjointes permettent de renforcer la dimension d'«équipe» qui motive les agents et peuvent être étendues à d'autres thématiques afin d'élargir les capacités des agents. Mais les formations doivent être adaptées à la réalité du contexte d'une part et aux capacités des agents à former d'autre part. Il peut arriver que le contenu de la formation soit en décalage avec le contexte dans lequel se trouvent les agents communautaires, il en résulte alors une inadéquation entre les messages de bonnes pratiques et les possibilités réelles des populations. Le contenu des formations doit donc être spécifique et tenir compte du niveau de compétence des agents communautaires (éviter le jargon technique par exemple).

Le problème du suivi est une réalité qu'il faut évoquer avec les populations pour le transfert du projet aux associations partenaires par exemple et la pérennité de leurs fonctions lors de ce transfert. Il faut pourtant trouver le moyen d'intégrer les relais communautaires pour la suite des activités :

« Les former tout comme nous les agents de santé, on est en brousse, on n'entend pas parler des nouveautés ! On pourrait faire les formations ensemble. »

7 / DES RÔLES À PART : LES ÉDUCATEURS PAIRS ET LES ACTEURS DE SANTÉ TRADITIONNELS

Les éducateurs pairs

Éducateur pair (*peer educator*), travailleur social pair (*peer social worker*), autant d'appellations pour des personnes ayant une connaissance personnelle des pratiques de la communauté ciblée : personne vivant avec le VIH s'adressant aux autres personnes vivant avec le VIH, usager ou ex-usager de drogues s'adressant aux usagers de drogues, personne se prostituant s'adressant à d'autres travailleurs du sexe, etc.

Un projet qui travaille avec des pairs reconnaît et estime que ces personnes ont des compétences et des connaissances à partager. Dans de nombreux pays, par exemple, les usagers de drogues travaillent de manière bénévole depuis des décennies à améliorer leur santé et leurs droits. Leur efficacité est liée au fait que les usagers de drogues sont plus à même d'écouter des conseils de réduction des risques venant de personnes qui ne les «jugent» pas sur leurs pratiques, comme ils soupçonnent les professionnels de la santé de le faire, et qui sont en quelque sorte des «experts empiriques» de la question. Pour les projets, les pairs offrent un accès direct à des connaissances précieuses sur les besoins et les pratiques des populations cibles; ils connaissent les types de drogues, les risques de telle ou telle pratique, et ont éventuellement développé des stratégies ingénieuses pour eux-mêmes, stratégies parfois plus pertinentes que celles des professionnels de soins, car

plus réalistes dans le contexte. Pour beaucoup, l'action des pairs est un premier pas important vers une stabilisation et une amélioration de leurs situations socio-économique et environnemental. Cela contribue à l'estime de soi, à l'*empowerment* et à une approche de la promotion pour la santé.

Travailler dans des projets communautaires permet d'augmenter le sentiment d'appartenance à un groupe et de contribuer à la création d'une communauté de défense des droits. Lorsqu'une personne se sent faire partie d'un groupe, elle se sent plus responsable vis-à-vis de ce groupe et réduit ses comportements sociaux ou violents. Travailler avec des éducateurs pairs contribue à l'engagement civique et à la responsabilité politique de ces personnes. En raison de la marginalisation et de la stigmatisation, les usagers de drogues, par exemple, sont souvent exclus de processus de décisions politiques qui peuvent pourtant avoir de graves répercussions sur leur vie. Le travail avec des éducateurs pairs permet de mieux comprendre les enjeux afin de défendre des politiques adaptées et mieux à même de changer les choses.

Cependant, le paramètre de confidentialité pour ces personnes qui sont souvent dans l'illégalité est une difficulté. Il faut être vigilant sur le partage public d'informations et laisser le libre choix à la personne quant à la diffusion de données la concernant personnellement. Les usagers de drogues font face à de nombreux obstacles sur leur lieu de travail par exemple, et ils peuvent être victimes de persécutions policières. L'usage de drogues met les utilisateurs devant des risques fréquents d'arrestation ou de harcèlement policier. La crainte de représailles ou de sanctions décourage souvent les usagers de drogues dans leur recherche de conseils. Il faut donc créer un environnement favorable avant de solliciter des pairs, c'est-à-dire un environnement sécurisé.

Lors de l'atelier de Dhulikel, de nombreuses questions ont été soulevées sur l'ambiguïté du positionnement de ces acteurs :

- Quelle place a-t-on dans la communauté quand on a un autre statut (en plus de celui de travailleur pair de MdM) ? Est-ce qu'un pair est encore un membre de la communauté lorsqu'il devient un membre de MdM, rémunéré ou indemnisé pour son travail ?
- Les règles s'appliquant aux autres personnes travaillant pour MdM s'appliquent-elles de manière égale à l'éducateur pair ?
- Inversement, les règles pour les usagers du programme s'appliquent-elles de la même manière à celui qui devient membre (ponctualité, règlement interne...) ?
- Quelle est la place du pair par rapport au reste de l'équipe bénévole (une question fondamentale pour les missions France) ? Devient-il bénévole au même titre que les autres bénévoles (avec le droit de devenir adhérent, responsable de mission...) ? Si oui, comment va-t-il gérer sa place au sein de la communauté en étant également à l'intérieur de l'ONG ? Cela suppose qu'il doit respecter, au même titre que les autres bénévoles, les principes éthiques, moraux de l'association, mais aussi son règlement. La question du secret professionnel par exemple est une question capitale.
- Quels sont les dérives possibles et les moyens à mettre en œuvre pour les éviter (formation, débriefing, suivi adapté...) ?
- Quels sont les critères de sélection pour recruter un éducateur pair ? Appartenance à un «groupe vulnérable» permettant un meilleur accès à la population mais aussi un meilleur impact des actions ? Expérience personnelle de la pratique, comme dans le cas des projets auprès de personnes se prostituant ? C'est le premier critère de sélection d'un éducateur pair

dans ce cas, avant même la question de la langue ou de la région d'origine. En effet, même si les « populations bénéficiaires » sont des femmes migrantes, ne parlant pas français, le langage commun est bien celui d'une pratique propre (dans la rue, dans les salons de massages, dans les bars à hôtesses...) et surtout l'expérience des clients et de la police.

En résumé, l'implication des éducateurs pairs dans les projets permet :

- une connaissance des bénéficiaires de l'intérieur, grâce à l'expérience et aux compétences des pairs;
- un meilleur accès au groupe cible;
- une plus grande efficacité des interventions et une crédibilité renforcée des projets;
- une meilleure appropriation et participation des personnes au projet;
- l'autonomisation des personnes;
- d'intégrer le principe d'égalité et de réciprocité aux projets.

Les tradithérapeutes

Les relations avec les acteurs de santé traditionnels sont devenues au cours de ces deux dernières décennies un enjeu idéologique et politique⁶⁵. Avec l'entreprise d'intégration de la médecine traditionnelle aux soins de santé primaires, engagée par l'OMS⁶⁶ à la fin des années 1970, on assiste à l'intégration de ces acteurs aux projets de santé.

Qui sont-ils, ces « tradithérapeutes », « tradipraticiens », guérisseurs, qui puisent leur savoir dans la tradition (pharmacopée

essentiellement) mais également dans la modernité en reprenant le vocabulaire anatomique et physiopathologique de la médecine moderne et des traitements allopathiques ? Ces spécialistes ne sont pas dans une pratique figée, mais dans une pratique qui évolue et qui fait qu'aujourd'hui la médecine traditionnelle est à considérer comme un ensemble hétéroclite et mouvant de pratiques et de savoirs. La connaissance médicale, c'est-à-dire la possibilité de reconnaître, d'expliquer et de traiter une maladie, n'est que l'un des aspects d'une connaissance générale de la vie et du monde, tout comme le sont les pouvoirs divinatoires et thérapeutiques.

Ce ne sont pas juste des « guérisseurs ». Même si leurs savoir et pouvoir débordent de la connaissance médicale, cela n'exclut pas une spécialisation : on trouve des guérisseurs qui ne soignent que les infections des yeux par léchage, ou des thérapeutes qui ne traitent que les os fracturés. Mais il est rare que cette connaissance ne soit pas inscrite dans un savoir plus vaste utilisé à des fins autres que thérapeutiques. À l'inverse, il est des hommes ou des femmes qui ne se servent de leurs connaissances sur la maladie que pour un usage privé et domestique et que les villageois ne désignent pas comme guérisseurs. Ils ont en revanche en commun la reconnaissance par le groupe de leur capacité et de leur légitimité (sinon ils sont appelés « charlatans »). La capacité et la légitimité que l'on reconnaît à une personne d'intervenir sur le cours de la maladie revêtent une valeur essentielle puisque c'est ce qui se joue dans l'acte thérapeutique. Cette capacité et cette légitimité sont à la fois ce qui permet au thérapeute de soigner et ce qui fonde son prestige : c'est parce qu'il a du pouvoir qu'il peut guérir, et

c'est parce qu'il sait guérir que le groupe lui donne du pouvoir et le droit d'exercer.

Cela dit, le pouvoir ne concerne pas que le domaine médical. La reconnaissance des tradipraticiens comme agents de santé communautaires peut comporter des risques, comme celui par exemple de les voir détourner leur nouveau statut pour augmenter leur pouvoir ou encore faire payer leurs services.

Les accoucheuses traditionnelles⁶⁷

On trouve de nombreux termes pour désigner cet acteur traditionnel spécialisé autour de la périnatalité : matrones, dais, *comadronas*, *ambuya*, *hilot*, etc. L'OMS a choisi le terme générique d'« accoucheuses traditionnelles » pour rassembler tous ces acteurs aux pratiques très diverses, terme qui peut se définir par opposition à celui « d'accoucheur qualifié », qui est un professionnel de santé.

L'accoucheuse traditionnelle exerce habituellement en milieu rural, dans son village et quelques villages voisins. Elle peut aussi pratiquer d'autres soins traditionnels (les matrones à Madagascar sont aussi appelées masseuses et peuvent masser aussi bien les enfants que les femmes ou les hommes). Selon les sociétés, elles peuvent être reconnues comme « matrones officielles » mais elles peuvent aussi ne pas avoir forcément de statut particulier, et assister les femmes davantage par nécessité que par vocation, parce qu'elles sont voisines ou par expérience préalable. Il n'y a pas d'homogénéité dans le profil de ces acteurs, cela peut être aussi bien une femme assez âgée ayant déjà eu plusieurs enfants qu'une jeune femme ayant reçu une formation auprès d'une ancienne. Le plus souvent illettrée, elle n'a reçu aucune formation

officielle et ses pratiques correspondent aux croyances et valeurs de sa communauté. Elle se charge principalement de l'accompagnement, mais peut également être responsable du suivi de la femme enceinte ou de l'enfant, ou encore avoir un rôle proche de celui du guérisseur (l'accoucheuse traditionnelle étant parfois une herborisatrice).

C'est dans les années 1970 que l'OMS a commencé à encourager activement les différents pays à former leurs accoucheuses traditionnelles et à les intégrer dans leur système de santé⁶⁸. Le problème est que cette volonté de l'OMS a souvent poussé les ONG et les gouvernements à identifier des accoucheuses traditionnelles à des endroits où elles n'existaient pas... La formation de femmes correspondant au concept mais pas vraiment reconnues par la communauté pour un rôle spécifique a pu en partie être à l'origine de l'échec d'un certain nombre de projets. Dans les années 1990, alors que la plupart des pays en voie de développement avaient mis en place des programmes de formation des accoucheuses traditionnelles, les résultats à long terme sur la mortalité maternelle n'étaient pas à la hauteur des espérances. L'enthousiasme de l'OMS à encourager la formation des accoucheuses traditionnelles s'amenuise, et cette stratégie est progressivement abandonnée.

65. D. Fassin, *Les enjeux politiques de la santé*, Karthala, Paris, 2000.

66. *Ibid.*

67. Julie Bouscaillou, étude sur les accoucheuses traditionnelles, S2AP, 2009.

68. OMS, « L'accoucheuse traditionnelle dans la protection maternelle et infantile et la planification familiale. Conclusions et suggestions pour de futures recherches », p99-100, 1975.



3

CONNAÎTRE
POUR AGIR

3A PAGE 86

TYPOLOGIE ET ANALYSE DES ACTIONS COMMUNAUTAIRES

86 **1/ Un inventaire non exhaustif**

87 **2/ Les pratiques communautaires dans différents milieux : milieu villageois, milieu scolaire...**

3B PAGE 92

LA MÉTHODOLOGIE DU CYCLE DE PROJET APPLIQUÉE À DES PROJETS FONDÉS SUR DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES

93 **1/ L'analyse des facteurs socioculturels, partie intégrante de l'analyse de contexte**

94 Délimitation de la population concernée : qui est la communauté avec laquelle je veux travailler ? Comment est-elle définie ?

95 Les six dimensions socioculturelles de la communauté

103 Interconnexions des dimensions

106 **2/ La méthodologie de recherche qualitative appliquée à l'analyse des parties prenantes**

107 Les quatre étapes de la recherche qualitative

108 Exemples de grilles d'interrogation sur les représentations, les valeurs et les stratégies des parties prenantes du projet

111 La question du partenariat

116 **3/ L'importance d'une conclusion formelle du diagnostic**

116 **4/ La conception et la mise en œuvre du projet**

117 La priorisation

117 La question sensible du ciblage

118 Les activités

118 Les moyens de communication

119 La question du suivi et du soutien

120 **5/ L'évaluation**

121 **6/ La capitalisation**

CONNAÎTRE POUR AGIR

➤ Cette partie, centrée sur la pratique, apporte un ensemble d'outils d'analyse pour la compréhension du contexte d'intervention d'un projet. Elle met l'accent sur l'analyse du contexte et notamment des facteurs socioculturels, aspect du diagnostic classique qui souffre très souvent d'approximation. Elle ne reprend pas toutes les étapes de la planification de projet, qui sont développées dans un ouvrage spécifique⁶⁹.

69. MdM, «Guide de planification de projets de santé», Paris, à paraître en 2012.

3A

TYPOLOGIE ET ANALYSE DES ACTIONS COMMUNAUTAIRES

1 / UN INVENTAIRE NON EXHAUSTIF

Les actions communautaires dans les projets de solidarité, sanitaires et sociaux, constituent un champ très large, avec des pratiques très variées dont on se propose ici de donner un aperçu.

Pour B. Goudet⁷⁰, une typologie fondée sur l'initiative de l'action permet de distinguer les pratiques, en allant de celles où l'initiative relève des professionnels et des institutions à celles où elle est prise par des personnes directement concernées par les problèmes posés. Ces différentes formes de participation ne sont pas mises en place de la même manière en fonction de l'organisation, des contextes et des phases du projet.

S'il est courant de consulter les populations dans la phase de diagnostic, très participative, il est beaucoup plus rare de les consulter dans la phase de conception des programmes pour les multiples raisons que nous avons déjà évoquées dans le chapitre sur la complexité

du travail avec les communautés. De la même manière, les populations sont souvent moins impliquées dans les phases de suivi et d'évaluation. Enfin, le soutien aux initiatives locales est encore insuffisant dans le contexte humanitaire. Et, comme déjà évoqué plus haut, un effet pervers de ce manque de soutien de certains projets à ces initiatives préexistantes est de les affaiblir en leur faisant une certaine concurrence du fait de la mise en place de projets parallèles et non intégrateurs. C'est une des pires configurations qui puissent exister.

On peut aussi ordonner la diversité des approches communautaires en catégories thématiques :

- par thèmes (eau, nutrition, hygiène, maladies transmissibles, etc.);
- par types de populations (villageois, femmes, travailleurs du sexe, etc.);
- par lieux (village, quartier, école, prison, etc.).

En reprenant cet ordonnancement, on trouve à Médecins du Monde :

- des projets impliquant les populations dans des projets de gestion des risques et des catastrophes, de santé mentale, d'accès

aux soins de santé primaires, de réduction des risques liés à l'usage de drogues ou aux pratiques sexuelles, de soins de santé reproductive, de plaidoyer, de lutte contre les grandes endémies (VIH/sida, paludisme et tuberculose), de lutte contre la traite des êtres humains ou contre les violences liées au genre, de nutrition, de microcrédit... ;

- des opérations impliquant des villageois, des femmes enceintes, des femmes victimes de violences, des acteurs de santé traditionnels, des lycéens, des acteurs religieux, des leaders communautaires, des migrants, des travailleurs du sexe, des usagers de drogues, des enfants des rues, des déplacés... ;
- des actions dans des communautés rurales, des quartiers en zone urbaine, des bidonvilles, des usines, des lycées, à la sortie des lieux de culte, dans des centres de santé, des associations, des prisons...

2 / LES PRATIQUES COMMUNAUTAIRES DANS DIFFÉRENTS MILIEUX (VILLAGEOIS, SCOLAIRE...)

Le milieu villageois/de quartier est un milieu assez habituel de mise en œuvre d'actions communautaires, répondant à la représentation classique de la communauté géographique, bien délimitée. Dans cette configuration, les habitants peuvent faire remonter un problème les concernant, se réunir et constituer une structure associative, ou alors un groupe initial d'habitants peut être créé à l'initiative d'acteurs de la solidarité extérieurs, les aidant à s'organiser, pour s'impliquer dans des actions d'un programme. C'est le cas des

nombreux comités de villageois qui exercent des activités bénévoles telles que la gestion d'un centre de santé communautaire, ou d'un centre de microcrédit par exemple.

Les établissements scolaires peuvent être de bons sites pour développer des projets d'actions communautaires, notamment pour la promotion de la santé. À ce sujet, signalons l'existence d'un réseau des Écoles promotrices de santé créé à l'initiative de l'OMS. Il faut toutefois pour cela que les différentes composantes s'impliquent : enseignants, administration, élèves et parents d'élèves. Cependant, ce système n'est pas valable dans toutes les cultures. Sans même parler des faibles taux de scolarisation, il faut se rappeler que dans de nombreuses cultures l'enfant n'est pas considéré comme légitime pour parler au groupe, qu'il n'a pas véritablement de droit à la parole, en collectivité ou en famille. Construire un programme où les enfants seraient les agents du message de promotion de la santé à la communauté serait donc une erreur, car l'énonciateur du message n'aurait aucune légitimité.

Dans le milieu carcéral, la question de la santé est souvent cruciale. Les actions communautaires peuvent permettre un accès plus facile et régulier aux détenus et une réflexion sur les possibilités d'amélioration des conditions de vie en détention par les professionnels. Il s'agit alors d'essayer d'intégrer à des projets les détenus et le personnel des établissements pénitentiaires (administration locale, surveillants...). Il faut être vigilant cependant à ce que l'amélioration des conditions des détenus se fasse en parallèle avec l'amélioration des conditions de travail et d'accès aux soins des gardiens, qui bien souvent se trouvent aussi dans des situations précaires.

Dans le milieu hospitalier, on trouve de plus en plus de dispositions pour le droit et pour l'expression directe ou indirecte des malades.

70. B. Goudet, *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*, éd. Chronique sociale, Lyon, 2009.

La mise en œuvre d'actions communautaires n'est pas facile, la limite des durées de séjour peut être un obstacle à l'implication. Les lieux accueillant des patients pour de « longs séjours » (centre de rééducation par exemple) peuvent être des lieux de pratiques communautaires. Un travail d'éducation pour la santé, fondé sur la prise de parole et l'expression des représentations, et s'appuyant sur les techniques du focus group, peut faciliter l'implication des malades et leur restituer un rôle d'acteur de leur santé.

UN EXEMPLE DE PROJET COMMUNAUTAIRE

Le programme de Gestion des risques et des catastrophes à Madagascar

La côte est de Madagascar est régulièrement balayée par des cyclones et les villages situés au fond de la cuvette sont touchés non seulement par les dégâts liés au vent mais surtout par les inondations consécutives aux fortes précipitations accompagnant les systèmes cycloniques et les simples tempêtes tropicales.

Des enquêtes ont montré que les taux de fréquentation des structures de santé étaient bas⁷¹ et comparables à ceux d'un pays en guerre. Les centres de santé de base, situés le plus souvent dans le chef-lieu de la commune, peuvent dans certains cas être très éloignés des villages, voire des hameaux, où vit la population. Des alternatives existent, en particulier la médecine traditionnelle, qui est très répandue, et la plupart des accouchements s'effectuent sous la supervision d'accoucheuses traditionnelles, appelées « masseuses ». Madagascar a une politique de santé communautaire préconisée par le

département ministériel concerné, qui s'appuie sur des comités de santé (Cosan), aux différents échelons administratifs, et sur des comités de gestion (Coges) impliqués dans les formations sanitaires, voire dans la création de mutuelles. À l'échelon communautaire, le système de santé n'a apparemment que des activités occasionnelles (campagne de vaccination avec la mise en place de stratégies avancées, semaine mères-enfants...) ou des activités non coordonnées liées à des programmes verticaux (paludisme, tuberculose, VIH/sida). Si les équipes de Médecins du Monde avaient pu croiser ici ou là de tels comités, des doutes existaient sur leur caractère fonctionnel, leur capacité à assumer leur rôle ou leur dynamisme.

Depuis une vingtaine d'années, MdM effectue dans cette zone des interventions d'urgence. Mais depuis octobre 2008, MdM a commencé des programmes de Gestion des risques et des catastrophes (GRC), financés par l'Union européenne.

Ces programmes ont une composante communautaire avec des actions de sensibilisation/information-éducation-communication (par exemple, la mise en place d'un concours de chant traditionnel et la diffusion des clips vidéo des vainqueurs), de formation de secouristes, de soutien aux comités communaux nouvellement créés... Il s'agit d'augmenter les capacités des communautés elles-mêmes à faire face aux situations de catastrophe. Soulignons que ce programme a réalisé une analyse participative des vulnérabilités, au travers d'une série d'ateliers : les représentants communautaires

ont défini eux-mêmes les vulnérabilités qui affectent leur communauté et les solutions à y apporter. Ces ateliers ont conduit à la réalisation de plusieurs microprojets tels que la réalisation d'abris-refuges ou encore la gestion communautaire de pirogues pour l'évacuation des personnes vers les centres de santé.

Dans ce programme, retenons que l'analyse du contexte a été primordiale. De nombreuses études ont été réalisées : recherche de cartes et historique des zones précédemment touchées, étude anthropologique, enquête CAP ont permis de comprendre les vulnérabilités et les moyens de résilience. L'analyse participative des vulnérabilités a permis aux communautés de mieux s'approprier le projet et les réalisations. Il a été constaté que la sensibilité des communautés à la démarche de la gestion des risques et des catastrophes est plus forte après une catastrophe, cette période est donc propice à la mobilisation d'une dynamique communautaire.

L'EXEMPLE DES PROJETS COMMUNAUTAIRES EN SANTÉ MENTALE

Le cas de la République démocratique du Congo ou comment la société civile réinvente de nouvelles figures d'action dans la communauté.

Le programme de Santé mentale communautaire et de lutte contre les violences faites aux femmes dans le Nord-Kivu, en République démocratique du Congo, est un projet de renforcement des capacités des conseillères psychosociales. Ouvert en 2002, le projet s'est appuyé notamment sur des études et une veille socio-anthropologique et sur le pari des potentialités des conseillères

psychosociales. Ce sont des femmes qui ont le plus souvent subi des violences sexuelles elles-mêmes : de position de victimes elles passent à celle d'actrices de changement social. Ces femmes exclues des réseaux de sociabilité fondés sur la parenté du fait de la stigmatisation se tournent vers des espaces de solidarité associative. En effet, à cette époque, du fait de l'ampleur des violences sexuelles, on constate une disparition progressive des mécanismes de régulation des groupes sociaux. Il y a alors un réinvestissement de positions sociohistoriques de conseil et de médiation (*mushauri* et *mupatanishi*).

Les interventions des conseillères sont adaptées au contexte et aux attentes socioculturelles. Ces femmes identifient, accueillent et écoutent les victimes, en leur ouvrant des espaces de résolution de conflits, individuellement ou en groupe, que la société n'a plus les moyens de réguler. C'est en quelque sorte une reconstruction des valeurs. Elles se chargent aussi d'orienter et d'accompagner les victimes vers des services de prise en charge globale répondant à leurs besoins médicaux, psychosociaux, socio-économiques et judiciaires. Enfin, elles informent et sensibilisent les communautés pour une meilleure acceptation des victimes et de leurs expériences, et pour la prévention des violences.

Le profil des conseillères a évolué au fil du temps. Ce ne sont plus seulement d'anciennes victimes mais aussi des militants d'ONG locales, des jeunes, des « mamans » des communautés, des hommes, des membres de congrégations religieuses... Il y a dès lors parmi elles une grande hétérogénéité de compétences, et une mobilisation de savoirs locaux fondés sur l'expérience, mais aussi sur le statut social. En 2003-2004,

71. En 2007, 49 592 consultations ont été réalisées dans les structures de santé du district de Maroantsetra, soit 0,21 consultation par personne.

les conseillères ont été formées à la relation d'aide et au counseling.

Le renforcement des capacités des conseillères assuré par MdM est une démarche communautaire qui consiste à renforcer l'existant et à ne pas créer de nouvelles conseillères. Il y a eu un vrai travail en concertation avec des partenaires locaux et une dynamisation des réseaux d'ONG locales. Cela a permis de bien prendre en compte les besoins des conseillères, dans leurs demandes de renforcement des capacités et dans la diffusion des savoirs et des pratiques (entre pairs, en swahili, dans la province). Cela permet aussi d'envisager des actions sur le long terme.

L'INFORMATION-ÉDUCATION- COMMUNICATION ET LA NÉCESSAIRE ADAPTATION DES OUTILS

L'exemple du projet de Recherche- action-plaidoyer au Niger

Comment faire de l'IEC si l'on ne tend pas vers une meilleure connaissance des déterminants socioculturels des comportements ?

Le projet de Recherche-action-plaidoyer (RAP) avait pour objectif d'induire et d'accompagner des changements sociaux (changer certaines habitudes nutritionnelles pour les enfants en bas âge, faire connaître la planification familiale, etc.) en s'appuyant notamment sur la « déviance positive » (approche qui aide une communauté et ses membres à trouver des solutions durables à un problème à l'intérieur de la communauté même, par l'intermédiaire de certains individus ou familles qu'on appelle « modèles positifs »). Ce projet a permis un vrai changement aux niveaux collectif et

individuel (connaissance, déni, acceptation, mise en œuvre d'un changement...). La phase de recherche (études qualitative et quantitative) visait à avoir une idée de l'imprégnation des personnes, selon les zones, sur les questions de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de nutrition afin de pouvoir faire reposer les actions sur l'existant. Dans le cadre de l'étude qualitative, il s'agissait d'arriver à bien appréhender dans quelle mesure il y a des décalages entre la tradition, la coutume, le panel de ce qui se fait, ce que les personnes savent des messages de sensibilisation sur les questions de SSR et de nutrition. Ou encore à distinguer dans le sens donné aux actions ce qui est dû à la tradition, ce qui est justifié par la tradition mais est lié à la situation sociale ou économique (ou inversement)... On recherchait ainsi les cohérences entre représentations et pratiques ainsi que les décalages éventuels, les conflits de personnes ou les conflits de valeurs pour une personne.

Le projet RAP visait à communiquer sur ces thématiques à travers les personnes ayant un poids social dans la communauté (leaders) ou à travers des agents communautaires, donc à travers des réseaux « horizontaux » et « verticaux ». Être attentif aux réseaux sociaux des individus ayant des pratiques déviantes positives ou négatives peut en effet permettre de comprendre la diversité des pratiques en termes de nutrition et de SSR et la façon dont elles se transmettent ou non (par exemple, utilisation accrue des centres de santé intégrés, introduction de la pilule dans un village...).

La communauté et les réseaux sociaux peuvent aussi avoir une influence sur

les pratiques et les valeurs : on va voir aussi quelles sont les personnes extérieures à la famille qui influent sur ces questions, que ce soit pour préserver ou pour faire évoluer des pratiques. En effet, les réseaux sociaux peuvent être des aides pour mettre en œuvre des stratégies d'innovation ou au contraire de conservatisme. Par exemple, comment les femmes se procurent des informations sur la contraception ? La question de la planification familiale est-elle taboue entre femmes et hommes, avec les leaders religieux ? La question de la malnutrition est-elle abordée ?...

Le projet a donc porté une attention particulière à l'adaptation des outils. Les messages de sensibilisation sur la nutrition des enfants de moins de 5 ans et l'espacement des naissances sont diffusés via plusieurs canaux : lors des foyers nutritionnels, via des causeries de groupes, mais également à travers des représentations théâtrales, des messages radiophoniques, des chansons, et lors des prêches. L'ensemble des agents communautaires, des « mamans-lumière », des volontaires foyers, ont été formés à la diffusion de ces messages. Des ateliers ont réuni les leaders religieux et les chefs de village pour améliorer les connaissances des participants, et en particulier des hommes, sur l'espacement des naissances comme une pratique autorisée par l'islam. Ces messages sont relayés lors de prêches, dans l'ensemble des villages de la zone d'intervention. C'est une activité toujours difficile, car les résultats sont longs à venir, et moins visibles pour tout le monde, acteurs comme bénéficiaires. Le changement des comportements prend du temps et l'impact de l'IEC sur une situation est

rarement visible dans des délais courts, comme ceux prévus par le projet. Le projet a fait l'effort d'essayer d'ajuster les outils à l'hétérogénéité de la population, même s'il reste encore des adaptations nécessaires, notamment pour la population nomade, qui a eu beaucoup plus de mal à s'impliquer. Ainsi, l'usage de l'image ne va pas de soi, comme l'évoque un partenaire nigérien : « **On est dans une société où l'image est récente, moi je ne savais pas lire un plan alors que je suis lettré, j'ai le bac. Je sais m'orienter dans le désert, mais je ne savais pas lire un plan. Il m'a fallu m'habituer à l'image, aux plans, aux cartes, vous avez des chefs de projet qui ne savent pas lire ces plans ou cartes. Dans les pays occidentaux, on vit avec l'image, mais ici l'image est récente. Interpréter l'image, ce n'est pas facile, les gens ne lisent pas de BD ici, il faut prendre en considération ce facteur. Nous, on ne nous a pas demandé de réfléchir et de dire aux gens du projet quels sont les canaux que les gens ont l'habitude d'utiliser. Alors on essaye de familiariser les gens aux images pendant la formation, mais ce n'est pas naturel comme moyen de communiquer.** » On a pu constater ainsi une faiblesse quant à l'adaptation des outils à la population touareg, qui n'est pas habituée à l'image. Très souvent, les Touaregs ne les comprennent pas, les regardent à l'envers. Les animateurs recourent alors aux dessins sur le sable. Ce constat doit nous rappeler qu'il est très important que le matériel soit adapté aux populations auxquelles il est destiné. Les populations qui ne se reconnaissent pas dans les images peuvent ne pas se sentir concernées par les messages⁷².

72. MdM, « Éducation pour la santé, guide pratique pour les projets de santé », 2010.

3B

LA MÉTHODOLOGIE DU CYCLE DE PROJET APPLIQUÉE À DES PROJETS FONDÉS SUR DES APPROCHES COMMUNAUTAIRES

➤ En éclairant les rapports entre le développement des pratiques communautaires et les modes de structuration des communautés concernées, les précédents chapitres ont bien montré qu'un modèle pratique élaboré ici ne peut être transféré directement là-bas sans nombre d'adaptations et de transpositions. Cela suppose notamment que les personnes qui veulent s'engager dans ce type d'activités doivent se poser un certain nombre de questions.

L'enjeu d'un tel questionnement, à opérer tout au long des différentes phases d'un projet, est de réussir à comprendre comment la communauté est constituée, comment elle perçoit la santé et les projets d'actions communautaires de façon à les aider à s'approprier la santé comme un enjeu commun et à développer

des projets qui soient les leurs. Il s'agit de coproduire des connaissances en articulant les résultats des recherches et les objectifs du futur projet.

1 / L'ANALYSE DES FACTEURS SOCIOCULTURELS, PARTIE INTÉGRANTE DE L'ANALYSE DE CONTEXTE

« Le **diagnostic de santé** constitue la première des quatre phases du **cycle de projet**. Il vise à identifier les problèmes de santé publique d'une population ainsi que les interventions permettant d'y répondre⁷³. »
Le diagnostic à Médecins du Monde est un préalable à l'organisation et à la mise en place de toute intervention et correspond soit au diagnostic initial d'un projet (mission exploratoire), soit à un diagnostic intermédiaire, au cours d'un projet, après une évaluation qui a conclu à la nécessité de réajustements.

Le diagnostic comprend trois étapes :

- l'analyse du contexte ou la compilation et l'analyse des données relatives aux facteurs influençant une situation et aux parties prenantes ;
- l'identification, la priorisation et l'analyse des problèmes collectifs de santé ;
- l'identification des problèmes de santé publique et des interventions possibles.

Dans ce qui va suivre, nous ne donnerons que des éléments pour élaborer un diagnostic socioculturel, mais nous ne développerons pas la méthodologie de diagnostic dans sa globalité⁷⁴.

Que la structure de la communauté soit très hiérarchisée ou plutôt égalitaire, qu'elle s'organise autour d'une structure familiale, nucléaire ou élargie ou plutôt autour d'un clan,

toutes ces particularités ont une influence sur la manière dont les personnes vont s'impliquer dans un projet. Il faut avoir une connaissance de ces dynamiques sociales et politiques dans un groupe pour élaborer une stratégie de participation et sélectionner des médiateurs et des personnes clés. Avoir une approche globale de la composition d'une communauté, de ses besoins et problèmes est l'objectif d'un tel diagnostic.

La participation de la population à cette étape permet de collecter des informations en peu de temps au moyen de méthodes de diagnostic participatif. Ces informations sont souvent plus détaillées et spécifiques que les enquêtes quantitatives, et de meilleure qualité pour concevoir des projets adaptés au contexte de vie.

Rappel : il faut au préalable expliquer aux personnes pourquoi et comment on réalise un diagnostic, quelles sont les attentes de part et d'autre, comment sera gérée l'information collectée, si elle sera conservée, qui aura accès à ces informations, etc. Partager l'information et être transparent sur les objectifs et les contraintes sont indispensables à la construction lors des étapes ultérieures d'une relation de confiance et de respect.

Pour connaître la communauté avec laquelle on veut travailler, il est indispensable d'être à son écoute, de donner la parole à des personnes potentiellement concernées par le futur projet, de faciliter l'expression de leurs besoins en utilisant les outils appartenant aux sciences sociales et plus particulièrement les méthodes qualitatives. En effet, la multiplication des techniques quantitatives, utilisant des questionnaires fermés, permet

73. MdM, « Guide de planification de projets de santé », Paris, à paraître en 2012.

74. Ibid.

rarement d'expliquer de façon satisfaisante comment une communauté est constituée et quelles sont les logiques qui régissent les manières de vivre ensemble. Les diagnostics sont encore souvent dominés par des considérations techniques ou prisonnières des exigences formelles des bailleurs de fonds. La prétendue prise en compte des « besoins réels exprimés par les populations » se réduit souvent à la superposition de perceptions subjectives : celle que les populations se font de ce que les projets peuvent leur offrir et celle que les intervenants eux-mêmes se font des « populations cibles ».

Ainsi, des diagnostics peuvent reposer sur des rapports et des informations officiels et des visites de terrain effectuées au pas de course. Ce n'est que trop rarement que l'on connaît et prend en compte le point de vue des acteurs locaux (notamment des anciens agents communautaires ou de la chefferie traditionnelle) sur les activités qui les concernent et sur les conditions de leur mise en place (J.-P. Olivier de Sardan, 1995). On sait que la courte durée des projets influence la représentation des populations : ce sont « des étrangers qui ne font que passer » : trois ou quatre années d'activités représentent pourtant pour un projet une « longue » présence. Mais la fin d'un projet ne signifie pas que les conditions de sa pérennité sur une base locale ont été réunies : au contraire, la disparition du projet entraîne à peu près systématiquement la disparition des activités.

En plus d'éléments de définition de la communauté, on peut organiser le diagnostic suivant six dimensions⁷⁵ socioculturelles de la communauté : technologique, économique, politique, institutionnelle, des valeurs et des croyances.

Attention à ne pas confondre ces dimensions avec les six groupes de facteurs influençant une situation et qui vont constituer la première composante du contexte à analyser dans la phase de diagnostic en planification de projet⁷⁶. En effet, à MdM, on organise les facteurs influençant une situation selon six groupes et de façon conventionnelle sous la forme de tableaux les données rassemblées⁷⁷.

Les six groupes sont :

- les facteurs démographiques et sanitaires ;
- les facteurs historiques, politiques, réglementaires et sécuritaires ;
- les facteurs géographiques ;
- les facteurs socio-économiques ;
- les facteurs liés à la politique de santé et à l'organisation du système de santé ;
- les facteurs socioculturels.

Ainsi pour un diagnostic complet, il faudra aussi analyser ces groupes de facteurs qui ne sont pas tous d'ordre socioculturel. Le diagnostic des dimensions socioculturelles d'une communauté vient compléter ainsi un diagnostic plus large pour une analyse de contexte globale. Nous présentons ici des grilles de questionnement permettant de réaliser un diagnostic de la communauté. Les listes ne sont pas exhaustives et sont à compléter en fonction du futur projet.

Délimitation de la population concernée

Qui est la communauté avec laquelle je veux travailler ? Comment est-elle définie ?

Sachant qu'il convient de se rappeler qu'une même personne peut faire partie de plusieurs communautés, on peut prendre en compte les éléments de définition suivants :

LA DÉFINITION D'UNE COMMUNAUTÉ

- Quel mot en langue locale pour la notion de communauté ? Quelles définitions littéraires et sémantiques sont-elles données ?
- Tous les membres considérés comme faisant partie de la communauté sont-ils dans le même emplacement géographique ? La communauté est-elle liée à son appartenance à un territoire (village, quartier, ville...) ? Est-ce une communauté de proximité ?
- La communauté est-elle mobile ?
- La communauté est-elle considérée par ses membres comme une communauté de passage, à court terme ? (Étudiants, migrants, réfugiés...)
- La communauté est-elle à valeur fonctionnelle ? (Communauté religieuse, culturelle, de métier, association...)
- La communauté est-elle considérée comme le lieu de soutien mutuel ?
- Quel est le niveau d'hétérogénéité des membres à l'intérieur d'une communauté ? (Catégorie sociale, ethnique, valeurs, langues, économie, normes...)
- La communauté est-elle récente ou ancienne ? Les membres connaissent-ils les origines de la création de leur communauté ? (Communauté mobilisée ?)
- Quelles sont les références historiques pour expliquer la création de la communauté ?
- ...

Les six dimensions socioculturelles de la communauté

Pour comprendre une communauté, il est utile d'analyser les six dimensions socioculturelles évoquées plus haut et leurs interrelations.

1 / La dimension « technologique » de la communauté

OUTILS, APTITUDES ET CONNAISSANCES, FORMES DU RAPPORT AVEC L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

C'est l'interface entre l'humanité et la nature. Ce sont les comportements et les idées acquises qui permettent aux personnes d'inventer, d'utiliser des outils et de transmettre leur savoir. Cette dimension est culturelle, car elle est acquise et non innée. Par exemple, le langage, même s'il est un vecteur de représentations et de valeurs, appartient à la dimension technologique (c'est un outil). Cela va de pair avec la communication et les formes de communication (et donc les médias). Pour les projets, c'est une dimension importante à diagnostiquer.

Dans une communauté, la dimension technologique peut être caractérisée par exemple par ses aménagements (latrines publiques, puits, routes, marchés, dispensaires...). Quand un projet encourage une communauté à construire des latrines, cela peut être l'introduction à une nouvelle technologie. De manière générale (mais il y a bien sûr des exceptions), la technologie est considérée par les sociologues comme la plus facile des six dimensions pour introduire le changement culturel et social : il est plus facile d'introduire la télévision qu'une croyance religieuse ou un ensemble de valeurs. Mais l'introduction d'une nouvelle technologie (si elle est acceptée) conduit à des changements sur l'ensemble des autres dimensions de la culture (la construction de latrines peut amener un changement de comportement si l'outil est accepté).

Certains aspects, comme les infrastructures, les technologies spécifiques... ne seront pas abordés, nous limiterons les listes aux

75. Dimensions : catégories analytiques créées par les êtres humains qui les composent. Ces dimensions sont transmises par des symboles et consistent en des systèmes d'idées et de croyances acquises.

76. MdM, « Guide de planification de projets de santé », Paris, à paraître en 2012.

77. Ces groupes de facteurs sont étroitement liés entre eux : un contexte peut se comparer à un système dont les composantes entretiennent des relations de dépendance et de réciprocité.

aspects socioculturels moins fréquemment diagnostiqués par les projets : le rapport aux savoirs locaux, les questions linguistiques et les modes de communication⁷⁸.

Le rapport aux savoirs locaux

- Quelles sont les différentes sources de savoirs ? (Savoirs scientifiques, populaires, traditionnels, empiriques... ?)
- Quelle importance est donnée à l'expérience ?
- Quels sont les rapports entre savoir et pouvoir ? Qui tire son pouvoir de son savoir, et de quel savoir ?
- Comment se définissent tradition et modernité ?
- Quels sont les conflits entre « tradition » et « modernité »⁷⁹ ? Ces composantes sont-elles toujours en conflit ?
- Quel niveau de soumission des plus jeunes aux valeurs des anciens ?
- Quelles sont les différentes formes de savoirs sur la santé ? Les différentes médecines ? Quelles combinaisons sont opérées/opérables entre ces différentes formes ?
- Quels sont les représentants de ces savoirs médicaux ?
- Quel sont les formes d'enseignement ? Qui a le droit d'enseigner ? D'aller à l'école ?
- Le rapport au savoir est-il une question de genre ?
- ...

Les questions linguistiques

- Combien de langues sont parlées dans la communauté ?
- Quelles sont les langues utilisées et

- pour quelles occasions ? (Langues administratives, langues à l'école...)
- Quelle est la maîtrise de ces différentes langues par les différentes catégories de personnes ?
- Qu'est-ce qui, dans la langue dominante, est traduisible et intraduisible dans le vocabulaire de la santé ?
- Quel est le statut de l'écrit ? L'écrit est-il discriminant pour une partie de la communauté ?
- Quelles fonction et fréquence de l'utilisation de l'oral/de l'écrit ?
- ...

Mode de communication

- Quelle liberté d'expression ? Quel est le droit à l'information ?
- Quelle est la situation des médias ?
- Quels sont les canaux de communication les plus utilisés ? Les plus traditionnels ? Les plus anciens ? Les plus récents ?
- Quelles sont les habitudes en matière de communication interpersonnelle ? (Orale, écrite, courrier, courriel, téléphone mobile, réseaux sociaux... ?)
- Quelles sont les stratégies d'information ? Quels sont les dispositifs de capitalisation et d'échange des informations ?
- Quel est le niveau de communication avec le reste du monde dans le pays⁸⁰ ? (Présence d'Internet ?)
- Quelle est l'importance des réunions/fêtes pour communiquer des informations ?
- ...

2/ La dimension économique de la communauté

DIVERS MOYENS ET FORMES DE PRODUCTION ET D'ALLOCATION DE BIENS ET SERVICES UTILES ET LIMITÉS. IDÉES ET COMPORTEMENTS QUI DONNENT DE LA VALEUR À L'ARGENT ET AUX ÉLÉMENTS MATÉRIELS.

C'est un élément important de l'organisation d'une communauté. Quand une communauté possède plus de richesse, elle a davantage de pouvoir et de capacité à accomplir ce qu'elle veut⁸¹.

Le système économique général

- Quel degré de précarité dans la communauté concernée ?
- Quels sont les mécanismes sociaux traditionnels pour allouer les richesses ? (Obligations familiales, cadeaux, potlachs, redistribution communautaire, échanges, commerce monétaire, troc... ?)
- Quelles conceptions et quelles pratiques de l'appropriation et/ou du partage des ressources ?
- Quels genres de richesses peuvent être alloués par un mécanisme tel que le mariage mais pas par un autre (par l'argent par exemple) ?
- Quelles sont les sommes disponibles pour des fonds communs ?
- Quelles sont les sources disponibles pour la collecte de fonds ? Et quelle somme ? (Mécènes, immigrés dans les villes, prêts de la part d'entreprises... ?)
- Y a-t-il des crédits disponibles ? Des caisses de crédit ? Des sociétés

- d'investissement ? Des systèmes de tontines ? Quelle proportion de la population y a accès ?
- Quel rapport entre la situation économique et sociale et la situation sanitaire dans la communauté concernée ? Quel niveau de dépenses de santé est admis ici ?
- ...

Le rapport à l'argent, à la richesse, à la pauvreté dans le groupe

- Qu'est-ce qu'être « pauvre » ou « riche » dans la culture de l'autre ?
- Quels écarts de niveaux de rémunération et de niveaux de vie ?
- Quels mécanismes de solidarité à l'égard des plus pauvres ?
- Quel lien entre argent et motivation ?
- Quelles pratiques salariales ?
- Vers quel usage prioritaire l'argent va être affecté ? Qui le décide ?
- Sous quelles formes conserve-t-on l'argent ?
- Le don est-il obligatoire ? Quelle est la valeur du don ?
- Quel sens pour le bénévolat et le volontariat ?
- ...

3/ La dimension politique de la communauté

DIFFÉRENTS MOYENS ET FORMES DE DISTRIBUTION DE POUVOIR, D'INFLUENCE ET DE PRISE DE DÉCISION.

La dimension politique d'une communauté est la manière dont les personnes prennent des décisions pour le groupe. Il ne s'agit donc pas d'idéologie, nous ne sommes pas ici dans la

78. On trouvera dans les pages qui suivent plusieurs clés d'interrogation empruntées à la grille de Michel Sauquet d'identification des variables socioculturelles susceptibles d'expliquer les manières d'être et d'agir de l'autre, grille disponible sur le site de Médecins du Monde.

79. 80. Michel Sauquet, « Grille d'interrogation et de lecture des déterminants culturels des manières d'être et d'agir de l'Autre » (Gilca).

81. Là encore, nous ne reprenons pas les informations classiques, habituellement renseignées : monnaie locale, PIB, principales activités économiques et sources de revenus, disponibilité des ressources et accès, etc.

dimension des valeurs (idées partagées entre ce qui est bien ou mal).

Là encore, c'est une dimension importante : plus une communauté a de pouvoir politique et d'influence, plus elle peut faire ce qu'elle désire. Les pouvoirs au sein de la communauté doivent être identifiés avant que l'on s'engage dans une démarche communautaire. Les pouvoirs peuvent également évoluer à cause de l'intervention d'une ONG, de la mise en place d'un projet dans la communauté. Dans quelle mesure notre implication donne-t-elle du pouvoir à des personnes de la communauté qui n'en avait pas ou peu ? (Par l'accès à la formation, etc.). Quelles modifications des pouvoirs à l'intérieur de la communauté à la suite de notre implication ? Avant de démarrer un projet, nous devons nous poser la question des liens de pouvoir existants (visibles ou non).

Le système politique général de la communauté

- Quels sont les mécanismes allouant le pouvoir et l'influence dans la communauté ? Traditionnels (succession, chefferie, pouvoir familial), démocratiques modernes (vote, démocratie représentative), décisions politiques (syndicats, associations, organisations), charisme ?
- Y a-t-il un système de chefferie ?
- Est-il traditionnel ou coopté par le système gouvernemental national, ou un peu des deux ?
- Quelles influences ont les personnes qui ne sont pas reconnues formellement comme leaders politiques : leader religieux, dans l'éducation, hauts fonctionnaires, notables, médecins, les anciens, les riches... ?
- Dans quelle mesure le système politique traditionnel existe-t-il encore ?

- Quelles valeurs politiques sont ou ne sont pas partagées ?
- Quelles sont les différences majeures dans les valeurs politiques ?
- Quels sont les facteurs externes importants ? Partis politiques nationaux, membres de la communauté à l'étranger...
- Le système politique dans la communauté permet-il à tout le monde de s'exprimer ?
- ...

Organisation politique et niveaux communautaires pertinents

- Quels interlocuteurs doivent être considérés en premier ?
- Sur quels critères de choix et sur quelle base éthique ?
- Qui sont les leaders reconnus dans cette communauté ?
- Quelles sont les relations entre eux ?
- Quels rôles les chefs et les élus jouent-ils dans l'organisation communautaire ?
- Des acteurs sont-ils déjà organisés sous un mode associatif ?
- Existe-t-il des réseaux ? Lesquels ?
- Y a-t-il des acteurs institutionnels ?
- Est-ce que traditionnellement les individus sont consultés par leur autorité pour prendre des décisions collectives ?
- Dans quelle mesure une implication à un projet donne du pouvoir politiquement à une personne ?
- Quelles peuvent être les déplacements de pouvoirs après l'implantation d'un projet ?
- ...

Le rapport à l'autorité, au pouvoir, aux normes

- Quelles sont les sources de légitimité et d'autorité (systèmes légaux, droit coutumier, droit religieux, légitimité historique...) ?

- Quelles sont les représentations de la légitimité ?
- Quel est le degré d'acceptation de l'autorité ? Est-elle souvent remise en question ? Y a-t-il des formes de contre-pouvoir ?
- Les hiérarchies s'affichent-elles clairement ?
- À qui les personnes rendent-elles des comptes ?
- Quels sont les droits et devoirs de l'individu vis-à-vis de la communauté ? Quelles sont les responsabilités individuelles et collectives ?
- ...

4/ La dimension sociale et institutionnelle de la communauté

LES FORMES D'INTERACTION ENTRE INDIVIDUS, RÔLES ET STATUTS DANS UNE COMMUNAUTÉ.

Cette dimension inclut les institutions telles que le mariage, les rôles tels que celui de mère ou de maire, les statuts, les classes, etc. Par exemple, être chef est à la fois un rôle et une institution. Elle concerne donc aussi les interrelations, les attentes, les jugements, les réponses et les réactions. C'est la dimension la plus complexe à comprendre, car elle transcende toute la communauté. Un changement dans la dimension sociale aura des effets sur chacune des cinq autres dimensions. L'organisation sociale d'une communauté est la somme totale de toutes ces interrelations. Dans des organisations « simples », la famille est la communauté et la société puisqu'elle définit tous les rôles et statuts. Dans des sociétés complexes, la famille a perdu de l'importance au milieu de tant d'autres modes de relation.

La complexité de l'organisation, le degré de division du travail, de répartition des rôles, des fonctions, est donc un élément important de la communauté ou de sa capacité à s'organiser : plus elle est organisée et plus cette organisation est efficace, plus elle a de capacité à atteindre ses propres objectifs de communauté ou d'organisation. Les promoteurs du projet doivent savoir quelles sont les institutions locales, quels sont les différents rôles joués et les différentes formes d'interrelation sociale.

Par ailleurs, l'interrelation de la communauté avec les projets extérieurs, autrement dit l'expérience passée des projets que peut avoir une communauté, est une donnée importante. Le travail avec les communautés n'est pas le même en fonction de sa connaissance préalable ou non des projets, et notamment de leurs effets pervers, surtout pour des projets « descendants ». Les populations habituées à des projets très peu participatifs peuvent ne pas se sentir concernées, être assez passives ou laisser une partie des acteurs essayer de détourner un projet pour des intérêts plus personnels. Des projets peuvent avoir déçu les populations, car ils n'ont pas présenté les intérêts attendus ou, pire, ils ont pu avoir un impact négatif. Il faut faire avec la mémoire de cette expérience passée, et donc l'inclure dans le diagnostic.

Le système général social et interactif de la communauté

- Quelles formes de structurations collectives dans la communauté ? (Clans, ethnies, familles, associations... ?)
- Quel est le système de famille et de parenté ?
- Quelles formes de familles ? (Nucléaires, élargies ? patriarcales, matriarcales,

- monogames, polygames ?)
- Quelle stratégie d'appartenance à une ou plusieurs communautés en fonction des intérêts en présence ?
- Quel modèle d'interaction de la communauté ? (Les relations de genres, interethniques...)
- Quel système de contrôle social trouve-t-on dans la communauté ? (Censure, normes clairement affichées, commérages... ?)
- Quelle est la valeur accordée aux relations sociales et quel est leur enjeu ? (Question de survie ?)
- Quelles entités font partie de l'organisation sociale de la communauté ? (Associations, clubs, partis politiques, ONG... ?)
- Quelles sont les formes traditionnelles de solidarité ?
- Quelles sont l'étendue et la nature de l'engagement civique ?
- Comment se définit et se gère le « bien commun » ?
- Quels sont les événements principaux qui ont marqué la vie de la communauté ? Quel a été leur impact ?
- Quels sont les conflits latents ou déclarés ? Quelles sont les stratégies d'évitement ou de résolution de conflit ?
- Quelles sont les sanctions possibles ?
- Qu'est-ce qu'une violence dans la culture de l'autre ?
- Quels sont les lieux et les pratiques de convivialité ?
- ...

L'expérience « projet » passée et les autres organisations déjà sur place

- Quelles sont les expériences précédentes de collaboration des communautés avec des projets humanitaires ?
- Quelles sont les activités des autres

- organisations sur place ?
- A-t-on recherché la mobilisation, la participation des populations ?
- Les organisations demandent-elles une participation de la population ? Quelles sont les méthodologies employées ?
- Les projets avaient-ils pris en compte les demandes de la population ?
- Était-ce une commande d'une institution ?
- Quelles ont été les origines de l'action ? (Suite d'un événement, réponse à une demande... ?)
- Comment les actions sont-elles perçues et acceptées ?
- Quels ont été les agents, les associations privilégiées ?
- Quelles attentes ont été créées ?
- Quels effets pervers peuvent être relevés de ces expériences passées ?
- Comment la participation est-elle comprise au sein d'une communauté ?
- Quelle a été la capacité des populations à reprendre le projet ?
- Quelles ont été les ressources propres et les compétences des personnes et groupes impliqués ?
- Quelles initiatives locales ont été mises en place ou tentées d'être mises en place ?
- Quels moyens matériels, économiques, pédagogiques et autres... ont été mobilisés ?
- Comment ces moyens ont-ils été définis ?
- Quelle est la possibilité pour les populations de s'investir dans un projet ? Qu'en est-il au moment de la survenue d'un problème (catastrophe naturelle, épidémie, conflit... ?)
- Quelles traductions des termes de « changement », de « développement », de « progrès social », de « participation », de « projet »...
- Quel rapport à l'ingérence ? Quelle perception du bénévolat ?

- Quelle image de l'aide internationale et de la présence d'ONG ?
- Quelles sont les ressources et les capacités, notamment de résilience, de ces populations touchées par la catastrophe ?
- Comment s'assurer de la disponibilité sur une certaine période ?
- Quels intérêts ont les personnes à donner de leur temps libre pour participer à un projet ?
- Quel est pour eux l'investissement minimal et maximal en temps ?
- Quelle est la perception que les populations ont de mon association et des personnes qui y travaillent ?
- ...

Risques

- Quels risques les personnes des communautés prennent-elles si elles veulent participer au projet ?
- Qu'est-ce qui est considéré comme risqué dans la communauté ?
- Quels risques peut-on se permettre de prendre ?
- Comment diminuer ces risques ?
- Comment s'assurer que la population avec qui l'on va travailler va se sentir en sécurité ?
- ...

Minorités

- Quels sont les groupes marginalisés au sein d'une communauté ?
- Quels sont les fondements culturels des discriminations ?
- Quelles sont les pratiques discriminatoires ? Quelles stigmatisations peuvent être observées dans la communauté ?
- Comment inclure ces personnes sans augmenter la stigmatisation ?
- Quelles sont les stratégies d'adaptation ou d'insertion ?
- Quels outils, quels modes d'action contre les inégalités ?

- (Discrimination positive, quotas... ?)
- ...

Le rapport au collectif (le « je » et le « nous »)

- Avec qui travailler pour construire le collectif ?
- Avec qui travailler pour le décodage culturel ?
- Qui sont les médiateurs de la communauté ?
- Quelles sont les choses qui se disent et celles qui ne se disent pas en communauté ? (tabous, pudeur)
- ...

5/ La dimension des valeurs et de l'esthétique de la communauté

C'est la structure des idées, la norme : le bien, le mal, le beau, le laid, le vrai, le faux... et les justifications citées pour l'expliquer.

C'est ainsi le fondement des jugements, dépendant de ce que l'on apprend dans l'enfance. Les valeurs ont tendance à changer à mesure que la communauté s'agrandit et devient plus complexe, hétérogène, avec davantage de connexions vers l'extérieur. Les changements de valeurs sont davantage le résultat de changements dans la dimension technologique ou dans l'organisation sociale que des changements directs obtenus grâce à des messages d'information-éducation-communication.

Le système de valeurs ou idéologique général de la communauté

- Quel est le rapport de l'individu aux normes ? (Respect, déviance...)
- Quelles sont les valeurs partagées dans la communauté (le bien, le mal, le bon, le mauvais...)?
- Est-ce que des valeurs diffèrent beaucoup d'une personne à l'autre ?
- Quels sont les rapports de genres ?
- Quel est le rapport aux aînés ?
- Comment se prend une décision ? (Individuellement, collectivement ?)
- Qu'est-ce qu'un risque ? Qu'est-ce qu'une urgence ? Une violence ?
- Quelles sont les motivations dans le travail ?
- Qu'est-ce qui est considéré comme prioritaire dans la vie ? Dans le budget ?
- ...

Le rapport à l'espace

- L'espace est-il considéré comme un bien individuel ou un bien commun ? Quelles différences entre l'espace privé et l'espace public ?
- Quelle organisation spatiale dominante dans la région concernée ? (Rurale, urbaine, habitat concentré, dispersé... ?)
- Quelle organisation spatiale des habitations (fonction de la cour, concession, partage de l'habitat...)?
- Quelles fonctions sociales sont assignées à l'espace ? Lieu de participation et de travail communautaire, lieu d'échanges humains (place de village, centre de santé, église, école, arbre à palabres...)?
- Y a-t-il chez l'autre des règles d'aménagement, de construction et de répartition des espaces (lieux réservés aux hommes, aux femmes...)?

- En termes de distance, qu'est-ce qui est considéré comme proche, comme lointain ?
- La distance physique est-elle un obstacle ? Est-elle une nécessité ?
- Quelle habitude de mobilité dans la communauté ? (Sédentarité, nomadisme, en fonction des saisons... ?)
- Quel rapport à la migration ? (Saisonnaire, immigration genrée, déplacement des hommes seulement, possibilité de déplacement des femmes, migration comme rites de passage à l'âge adulte ?)
- ...

Le rapport au temps et la gestion des temporalités

- Quelles sont les représentations du temps, l'importance accordée au temps. Quel rapport à l'idée de progression ? Temps linéaire ou temps cyclique ?
- Quelles contraintes de temps ont les communautés (emplois du temps des personnes par catégories sociales : hommes, femmes, jeunes...)?
- Quelles sont les possibilités d'aménagement de leur temps ?
- Quels sont les autres engagements des populations qui leur demandent du temps ?
- Quels sont les changements ou facteurs de changement des emplois du temps ? (Irrégularité des emplois du temps...)
- ...

6/ La dimension conceptuelle et des croyances de la communauté

VISIONS DU MONDE, CROYANCES, STRUCTURES D'IDÉES SUR LA NATURE, LE MONDE, LE RÔLE DES PERSONNES, DES CAUSES ET DES EFFETS, ETC.

On assimile souvent cette dimension à la religion, qui n'est en fait qu'un élément de cette dimension, car cette dimension inclut les croyances athéistiques (l'homme a créé Dieu à son image par exemple). Ce sont les croyances partagées (par tous ou par une partie de la communauté, car elle est hétérogène) sur l'origine de l'univers, la réalité (cartésianisme par exemple), etc.

Le système conceptuel/ les croyances de la communauté

- Comment les membres de la communauté voient-ils le monde ?
- Quelles sont leurs croyances ?
- Quels sont les événements fondateurs de la communauté ?
- Quelle est l'importance du recours à des explications surnaturelles, extraorganiques, non matérielles lors d'événements particuliers ?
- Quelles sont les religions « universelles » ou globales représentées dans la communauté ?
- Quelles valeurs religieuses sont partagées ?
- Quel est le statut de la religion dans cette communauté ? (Laïcité, religion d'État... ?)
- Quelles proportions de la communauté estiment-elles être membres d'organisations formelles religieuses ?
- Quel rapport au divin et au sacré dans la vie quotidienne ?

- Quelle importance et quelle fréquence des fêtes religieuses dans cette communauté ?
- La sphère publique/professionnelle est-elle séparée de la sphère religieuse ?
- Quelle est la part de syncrétisme (addition de nouvelles croyances sans soustraire les anciennes, contradictoires) dans la communauté ?
- Quels sont les grands passages de la vie ? (Rites de passage, initiations...)
- À quel point la religion organisée définit-elle les valeurs de la communauté ?
- Dans quelle mesure ces visions sont partagées ou au contraire causes de désaccords ?
- Comment les personnes expliquent les causes de maladies et de malheurs ?
- ...

Interconnexions des dimensions

Un projet touche généralement les six dimensions de la culture d'une communauté. Provoquer des changements dans une dimension provoque des répercussions dans chacune des autres dimensions. Introduire une nouvelle méthode pour lutter contre la malnutrition exige l'introduction de nouvelles institutions pour distribuer des rations alimentaires. L'apprentissage de toute nouvelle façon de faire les choses requerra à la fois l'apprentissage de nouvelles valeurs et de nouvelles perceptions. Si on ignore cela (interconnexions dans le changement), on s'expose encore plus aux effets pervers. Il faut donc chercher à comprendre les répercussions que les changements de chaque dimension ont sur les autres.



Rappelons enfin qu'il est difficile, lorsque l'on conçoit un projet, d'être capable de prendre un peu de distance avec sa propre culture, de se rappeler qu'elle n'est pas la même sur tous les points que la culture de l'autre, tout simplement parce que nous n'avons pas toujours conscience de nos propres adhérences culturelles, de l'origine culturelle de nos réflexes de travail. Un proverbe illustre ce principe : « C'est un poisson rare celui qui connaît l'existence de l'eau. »

- Quels sont les présupposés/ stéréotypes des professionnels sur la communauté envisagée ?
- Avec qui travailler pour construire des ponts culturels entre l'association et la communauté ?
- ...

Les quatre étapes de la recherche qualitative

1/ Définir son thème de recherche et sa problématique

En fonction du thème de la recherche menée sur le terrain et des problématiques émergentes, l'étude peut viser à :

- identifier les facteurs socioculturels qui permettent de rendre compte de l'organisation d'une communauté, des rapports entre les personnes qui la composent, des perceptions et représentations des problèmes et besoins qui les préoccupent, de l'exercice de l'autorité, du respect des normes sociales... ;
- faire un état des lieux des systèmes de solidarité (traditionnels ou récents) qui existent déjà au niveau de la communauté, mais aussi des acteurs reconnus comme étant des ressources lors de problèmes ou de décisions à prendre au niveau de la communauté.

2/ Préparer son étude

Pour cette préparation il faut faire un travail préalable de documentation, d'information (presse locale, radio, rapports...) et faire des fiches thématiques. La première tâche est de constituer une bibliographie. Une bonne connaissance des études déjà réalisées permet de définir les bonnes problématiques à aborder dès le départ. Il peut être utile de faire des fiches afin de classer les données lues par thèmes (aspects religieux, dimension économique, structure familiale, etc.)

3/ Construire sa méthodologie de recherche

Pour réaliser cette analyse des représentations et des comportements individuels et collectifs des populations sur les notions de communauté et d'implication, de participation, il faut utiliser

comme principales méthodes de recueil de données qualitatives les entretiens, les observations et les focus groups.

Il faut ainsi emprunter aux diverses sciences sociales leur méthodologie afin :

- a/** d'établir un descriptif détaillé des différents acteurs clés : chefs, leaders religieux, agents communautaires, guérisseurs et matrones, agents des structures sanitaires... : nombre, rôle, motivation ;
- b/** d'analyser les attitudes de la population vis-à-vis de ces différents acteurs ;
- c/** de préciser les niveaux de solidarité existants et de comprendre ce qui différencie la famille de la communauté. Qui aide qui ?
- d/** de comprendre ce qui est de l'ordre de la responsabilité de la communauté de celle de l'individu, notamment au niveau des prises de décision ;
- e/** de comprendre le rôle des agents communautaires s'il y en a, leur légitimité, leur reconnaissance. Analyser le fonctionnement réel s'il existe des comités au regard du référentiel de politique nationale.

L'étude doit combiner les trois méthodes qualitatives de recueil de données : l'entretien, le focus group et l'observation. La question de l'échantillonnage dans ce type de recherche qualitative ne se pose pas en termes de représentativité statistique. Le choix des participants dépend de leur pertinence par rapport à l'objectif de l'enquête.

L'analyse du discours et l'observation de la vie quotidienne devraient permettre de comprendre « de l'intérieur » les représentations, attitudes, dynamiques et pratiques de la population et les logiques sous-jacentes, les rationalités propres à l'action des différents acteurs. Pour ce faire, il est nécessaire de resituer le discours et les observations dans un contexte social et historique plus large.

2/LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE QUALITATIVE APPLIQUÉE À L'ANALYSE DES PARTIES PRENANTES

La recherche qualitative doit contribuer à répondre aux questions que l'on se pose lors de la phase de diagnostic, phase, rappelons-le, qui doit être dynamique tout au long du projet. La compréhension d'aspects socioculturels souvent négligés des diagnostics classiques doit en effet faire l'objet de recherches spécifiques.

L'objectif général de la recherche consiste dans l'approfondissement des connaissances, à partir d'une analyse contextualisée, de la définition des niveaux pertinents de la communauté, de son organisation, des formes traditionnelles de solidarité au sein de cette communauté et de ses implications avec les projets passés ou à venir.

- ### Culture de l'expérience de travail avec les communautés dans son association
- Comment la politique et les stratégies de mon association permettent-elles la construction d'actions communautaires ? Comment la participation est-elle comprise dans la culture de l'association ?
 - Quelles sont nos habitudes de travail avec les communautés ?
 - Quel est le discours des acteurs locaux et expatriés sur les approches participatives ?
 - Comment la politique et les procédures des bailleurs influencent-elles le travail avec les communautés et comment faire avec ?
 - Comment le projet peut-il être construit pour évoluer afin d'intégrer de nouvelles personnes au fur et à mesure ?
 - Comment intégrer les communautés dans une planification ?
 - Comment dialoguer et établir une communication entre l'équipe et les agents communautaires bénévoles ?
 - Quels sont les intermédiaires pertinents pour cette communication au niveau des équipes ?
 - Quelle est la perception que les populations ont de mon association et des personnes qui y travaillent ?

4/ Mener l'étude

Avant toute chose, il est important de préparer ses visites terrain, d'en informer la population par avance, d'essayer de fixer une réunion avec les chefs des communautés ou les anciens.

Il faut aussi bien réfléchir sur le choix de la première personne à consulter et sur celui des intermédiaires et des interprètes. De mauvais choix peuvent influencer négativement la suite et restreindre l'accès à certains groupes. Il faut essayer au maximum de respecter les règles et les normes sociales, la hiérarchie sociale reconnue. Dans de nombreuses sociétés, la première rencontre avec une communauté doit se produire via les anciens et les chefs. Durant cette première rencontre, il faut savoir se présenter et présenter les objectifs de sa présence en des termes clairs et précis. Enfin, dans beaucoup de situations, il faut savoir planifier une grande assemblée formelle où toute la communauté est présente. Ce n'est pas le meilleur moment pour récolter de l'information intéressante (ces sessions sont déterminées par des rapports de pouvoir où les plus exclus ne parleront sans doute pas), mais c'est un passage obligé, de bienséance.

Il ne faut pas multiplier les entretiens et les focus groups dans une même journée, car réaliser un focus group ou un entretien est fatiguant et demande beaucoup de concentration pour pouvoir être attentif à l'échange, trouver les bonnes relances, poser les bonnes questions. On ressort en général épuisé d'un très long entretien. Il faut rappeler l'importance des nombreuses notes de terrain prises sur le vif lors des conversations spontanées, entre les personnes, entre les agents avec les bénéficiaires (les questions qu'ils posent, les remarques et commentaires...) et entre les bénéficiaires et leur famille... Ces notes permettent de recouper et de vérifier certaines données recueillies lors d'entretiens

plus formels. Il est alors possible dans des entretiens ultérieurs de reformuler les questions et d'approfondir certains points. D'autres méthodes de recueil de données spécialisées (récit de vie, biographie, analyse de contenu, étude de cas) peuvent aussi être envisagées. Dans les récits de vie, la biographie ou l'étude de cas, il ne s'agit pas de s'intéresser à des personnalités exceptionnelles, ni de faire des entretiens de type psychanalytique. L'étude de cas d'un individu ne doit pas non plus être vue comme une étude représentative : les personnes ne sont pas interchangeables et l'étude qualitative diffère de l'enquête statistique. Une personne dans une communauté est le produit d'une histoire sociale, c'est-à-dire le produit de multiples interactions dans lesquelles il a été pris. De sorte qu'on peut lire son histoire personnelle comme la rencontre entre plusieurs histoires collectives.

Attention : il faut veiller à planifier ces entretiens à des moments appropriés (pas pendant les heures de prière par exemple).

Exemples de grilles d'interrogation sur les représentations, les valeurs et les stratégies des parties prenantes du projet

1/ Les guides d'entretien

Dans ce type d'étude, les entretiens doivent être semi-directifs. Des informations détaillées pourront être recueillies sur les normes et les sanctions sociales en vigueur dans la société locale, la pression exercée par l'entourage, les conflits avec celui-ci, et les marges de manœuvre et d'adaptation possibles des populations ciblées.

Les questions sont formulées et ordonnées à l'avance afin de recueillir le même type d'information auprès de différents acteurs.

EXEMPLES DE GUIDES D'ENTRETIEN SUR LES NOTIONS DE « COMMUNAUTÉ » ET DE « COMMUNAUTAIRE »

GUIDE D'ENTRETIEN AUTOUR DE LA COMMUNAUTÉ AVEC UN CHEF DE VILLAGE

OBJECTIF : comprendre le rôle du chef, son influence, ses principales difficultés, etc.

Date :	Sexe :	Lieu :
Heure :	Âge :	

	Question	Mots clés et sémantique	Questions de relance
Q.1.	Pouvez-vous nous expliquer votre rôle au quotidien ?		Pouvez-vous décrire une de vos journées typiques ?
Q.2.	Qui vous a choisi et selon quel mode ?		
Q.3.	Quelles sont les personnes qui viennent vous voir et pour quelles raisons ?		Que faites-vous alors ? Quelle aide apportez-vous ?
Q.4.	Quelles sont vos relations avec d'autres leaders ? (Autres chefs de village, leaders religieux, anciens, notables...)		
Q.5.	Pouvez-vous me raconter une situation où des personnes en ont aidé d'autres dans votre communauté ?		
Q.6.	On entend parfois parler de « l'esprit communautaire », qu'est-ce que c'est pour vous ?		

PROBLÉMATIQUE : Quelles sont les principales difficultés qui peuvent mettre à mal l'équilibre d'une communauté (divergences, individualité, jeux de pouvoir, hiérarchie, impuissance...)?

Date :	Sexe :	Lieu :
Heure :	Âge :	

	Question	Mots clés et sémantique	Questions de relance
Q.1.	Qu'est-ce que, à votre avis, les membres de votre communauté partagent, ont en commun ? (Pratiques, valeurs, savoirs... ?)		Comment les gens partagent les choses ? Et où ? (Essayer de faire lister ou détailler un maximum.)
Q.2.	Pouvez-vous classer, du plus important au moins important pour vous, ce que vous partagez avec votre communauté ?		Faire expliquer le classement
Q.3.	Dans toute communauté, il y a parfois des situations délicates entre personnes. À votre avis, qu'est-ce qui peut amener des complications entre les personnes de la communauté ?		Essayer de faire lister ou détailler un maximum.
Q.4.	À partir de votre expérience, racontez-moi une situation délicate dans votre communauté ? Quelles étaient les raisons de ces difficultés ?		
Q.5.	Comment une position individuelle (avec ses croyances, ses valeurs propres) peut-elle représenter une difficulté au sein d'une communauté ? Ou : Comment faire lorsque des positions individuelles rentrent en conflit avec le collectif ?		Essayer de faire lister ou détailler un maximum

2/ Les guides de focus group

(→ exemple page suivante)

Le groupe de discussion focalisée (focus group) sert à faire interagir les participants sur certains sujets ou thèmes. Cette méthode n'est pas très adaptée pour étudier des sujets relevant de la sphère privée des individus, et peut être très délicate au regard des rapports de force, des compromis et des conflits par exemple. Parfois, les informations ne pourront être obtenues que par des entretiens approfondis et l'observation des pratiques et attitudes réelles. Mais cette méthode est adaptée pour comprendre ce qui se dit en groupe et ce qui ne se dit pas, et aussi comment les choses se disent dans un groupe. De plus, ces groupes produisent des discours, mais aussi des données d'observation sur les comportements et les interactions des participants durant la discussion (rires, sourires, gênes, etc.).

Les critères de sélection des participants dépendent du thème (soit la famille, c'est-à-dire le père, la belle-mère, la tante..., soit d'autres femmes du quartier, des étudiants...). Dans la mesure du possible, les groupes doivent être homogènes quant à leurs origines socioculturelles et à leur niveau socio-économique. Il faut être vigilant quant à la composition des focus groups pour permettre aux minorités de s'exprimer librement⁸² et ne pas oublier qu'il est plus difficile pour des personnes de s'exprimer en groupe lorsqu'on n'en a pas l'habitude parce qu'on n'a pas le droit, habituellement, à la parole publique. Il faut penser aussi à être vigilant sur le choix de la langue, c'est-à-dire penser à des traductions dans des langues minoritaires et de ce fait, réduire l'emploi de vocabulaire complexe que l'on ne pourra pas traduire.

3/ Les guides d'observation

(→ exemple page suivante)

La méthode de l'observation doit être orientée vers certains comportements, pratiques et discours qui les accompagnent et doit permettre d'enregistrer des séquences ou gestes techniques de façon exhaustive (cérémonie, assemblée générale, déroulement d'un accouchement, préparation d'un repas, allaitement, nettoyage...). Elle permet de recueillir des réactions et discours spontanés qui ne s'expriment pas nécessairement lors d'un entretien. Elle permet notamment d'évaluer l'importance des facteurs socio-économiques, environnementaux, culturels. Pour chaque thème, un guide d'observation doit être construit au préalable et s'accompagne d'une mise en contexte (lieux, dates, acteurs), d'indications sur sa durée et sur la position sociale (statut, sexe, âge) des observés. L'observation permet de juger de l'écart entre ce que les acteurs disent et ce qu'ils font réellement. Si l'entretien dévoile la façon dont les acteurs se représentent une pratique, l'observation permet d'essayer de cerner les modalités concrètes autour de ces pratiques. De manière rétroactive, elle permet en outre d'enrichir l'analyse et l'interprétation du discours.

La question du partenariat

Le partenariat à MdM se définit comme « une relation établie entre des partenaires, c'est-à-dire des associés, deux individus, groupes ou structures qui se rejoignent autour d'une idée ou d'un fait communs (organiser une action, réaliser un projet...). Partenaires, alliés, associés, collaborateurs : cette relation peut prendre diverses formes en fonction des objectifs partagés entre les différents acteurs⁸³ ».

82. Guide Collecte de données, méthodes qualitatives, MdM, 2009, édition augmentée 2012.

83. Forum 30 ans de partenariat : « Humanitaires et partenaires : nouvelles donnes ? », Revue humanitaire, 2010.

EXEMPLE DE GUIDE DE FOCUS GROUP

PROBLÉMATIQUE : Quels sont les niveaux pertinents de l'organisation communautaire ?

Infos générales	Date :	Heure (début, fin) :	Lieu :
-----------------	--------	----------------------	--------

Participants	Initiales (si paramètres de confidentialité)	Sexe	Âge	Profession

Q.1.	Qu'est-ce que vous appelez « communauté » ; « famille » ; « groupe » ?		
Réponses			
Attitudes et niveau de participation	Mots clés, sémantique	Relances du modérateur	
		Qu'est-ce qui différencie la famille, le groupe et la communauté ?	
Q.2.	Quelles sont les choses que l'on partage en famille ? En communauté ?		
Réponses			
Attitudes et niveau de participation	Mots clés, sémantique	Relances du modérateur	
Q.3.	Par rapport à un problème de santé ou à une urgence, qui décide dans le groupe ? Qui est consulté pour son avis ? Pourquoi ? Sur quels critères ?		
Réponses			
...	
Q.4.	Pour aider une personne ou une famille, comment se mobilise la communauté ?		
Réponses			
...	
Q.5.	Qu'est-ce qui est de l'ordre de la responsabilité de la communauté ? De la famille ? de l'individu ?		
Réponses			
...	
Q.6.	Quelles sont les principales difficultés auxquelles sont confrontés les membres de votre communauté ? Quelles sont les personnes les plus vulnérables ?		
Réponses			
...	

PROBLÉMATIQUE : Comment les décisions sont-elles prises dans votre communauté ?

Infos générales	Date :	Heure (début, fin) :	Lieu :
-----------------	--------	----------------------	--------

Participants	Initiales (si paramètres de confidentialité)	Sexe	Âge	Profession

Q.1.	Comment est-ce que l'on reconnaît une personne qui a de l'influence sur un groupe et sur ses prises de décision ? Quelles sont les différentes ressources de pouvoir ou de légitimité ?		
Réponses			
Attitudes et niveau de participation	Mots clés, sémantique	Relances du modérateur	
		Quels sont les leaders et comment les reconnaît-on ?	
Q.2.	Quels sont les rôles des leaders dans la gestion au quotidien de la communauté ?		
Réponses			
Attitudes et niveau de participation	Mots clés, sémantique	Relances du modérateur	
Q.3.	Quels sont les choix ou décisions stratégiques, importantes, concernant la communauté ? Comment ces décisions sont-elles présentées à la communauté ?		
Réponses			
...	
Q.4.	Comment se prennent ces décisions stratégiques ? Quels peuvent être les obstacles à la prise de décision ?		
Réponses			
...	
Q.5.	Quelles sont les stratégies mises en place par les personnes pour améliorer la prise en compte de leur avis personnel ? Au quotidien, en cas de désaccord, comment arrivez-vous à faire valoir votre point de vue ?		
Réponses			
...	
Q.6.	Quelles sont les raisons qui font que vous acceptez une décision ou un choix pris pour tout le groupe ?		
Réponses			
...	

**EXEMPLE D'UN GUIDE D'OBSERVATION
D'UN GROUPE DE RÉFUGIÉS/DEMANDEURS D'ASILE**

PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE :
existence – ou non – de leader(s).

Question	Heure et date	Lieu	Observations
1. Y a-t-il des personnes qui se distinguent dans le groupe lors des interactions avec des membres extérieurs ? comment ? (Traduction aux autres car maîtrise de la langue... ?)			
2. À quels moments ou pour quelles raisons y a-t-il des discussions de groupe ? comment s'effectue la prise de parole dans le groupe ?			
3. Quelles sont les personnes qui se distinguent dans les activités communes ? (surveillance, recherche de ressources, travaux d'aménagements...)			
4. Sur quelle base de légitimité s'appuient les personnes qui se distinguent ? Est-ce que l'émergence d'un leadership est favorisée par l'âge, le sexe, l'expérience ?			

La phase du diagnostic socioculturel doit permettre la rencontre de partenaires multiples : qu'ils soient professionnels ou habitants, bénéficiaires, usagers d'un système de santé...

Un « bon » partenaire peut-être identifié grâce à une analyse des parties prenantes⁸⁴. Les parties prenantes ou stakeholders sont toutes les personnes ou organisations susceptibles d'avoir un lien avec des projets, de les influencer ou d'être affectés par eux, que ce soit de façon directe ou indirecte, positive ou négative. Elles constituent la seconde composante du contexte à analyser (après les facteurs influençant une situation) lors de l'étape d'analyse du contexte de la phase de diagnostic.

Les partenaires potentiels émergent normalement spontanément pendant cette phase de diagnostic du contexte et des besoins. Lors de l'analyse des réactions de ces partenaires, plusieurs facteurs sont à prendre en compte tels que leur impartialité ou leur neutralité, leur légitimité, leur passé, leurs compétences techniques, etc. Bien sûr, il est difficile de trouver des organisations locales qui répondent idéalement à tous les critères que l'on peut se fixer, il faut alors lister les critères prioritaires ou non négociables pour son organisation. Parfois, il n'y a pas de structure existante et reconnue, alors le « partenariat » peut consister dans le soutien à la création de nouveaux comités. Mais il faut faire attention à ne pas imposer des formes de comités étrangères à la culture de travail ou de solidarité

existante. De plus, il ne faut pas que ces nouvelles formes d'organisation se superposent et surchargent d'autres formes d'aide ou de solidarité, risquant d'affaiblir ce qui existait déjà. Il faut aussi repérer les associations « champignons » (ONG qui poussent comme les champignons après la pluie), qui sont souvent là pour capter les ressources disponibles qui affluent après une catastrophe.

Pour encourager l'appropriation, il faut donc s'appuyer sur des références culturelles locales, des mécanismes de consultation traditionnels, auxquels les populations pourront s'identifier.

L'élaboration de partenariats, de réseaux demande une analyse approfondie du contexte. **Pour identifier des partenaires fiables, il faut⁸⁵ :**

- lister tous les participants à l'action ;
- distinguer institutions, groupes, associations, personnes... ;
- localiser les différents domaines (social, économique, politique, etc.) ;
- définir les types de partenaires : habitants, institutions, politiques... ;
- situer les forces (intérêt et influence) des différentes parties prenantes⁸⁶ ;
- distinguer les différents degrés d'implication.

Un partenariat peut se nouer à différentes phases du projet, même s'il est souvent préférable de l'établir au début, pour une meilleure compréhension des rôles et des objectifs de chacun. L'étape indispensable est bien entendu de clarifier les rôles et les responsabilités de chacun dès le début, pour ne pas amener des sujets d'incompréhension, de conflit ou de frustration. Quelles sont les ressources à mobiliser pour chaque partenaire ? Qui participe à la prise de décision ? Qui fait quoi ? Là, il faut

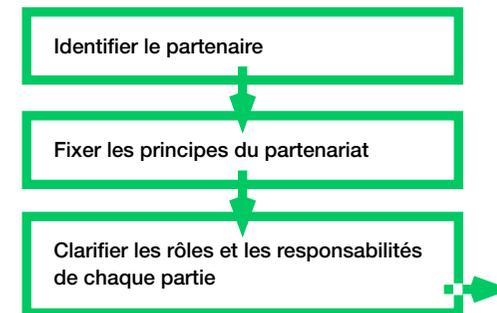
répartir les rôles de manière réaliste, donc avoir une bonne connaissance des capacités des partenaires. De même, un comité de pilotage est un bon outil, mais il faut s'entendre sur qui représente chaque partenaire, son pouvoir de décision et la fréquence des rencontres.

La plateforme Europe de Coordination Sud⁸⁷ a identifié un ensemble de critères de qualité nécessaires à la formation d'une relation de partenariat solide et équilibrée.

Neuf critères ont été sélectionnés pour un partenariat de qualité dans la durée :

- convergence de vues sur les finalités du projet ;
- coélaboration d'une stratégie de mise en œuvre ;
- degré et mode d'implication de chacun des partenaires dans le projet ;
- entente sur une répartition des rôles, des activités et des moyens ;
- complémentarité des compétences et des moyens ;
- réciprocité ;
- inscription de la relation dans le temps ;
- qualité des relations humaines ;
- transparence.

Le groupe URD présente de la façon suivante les étapes vers le partenariat :

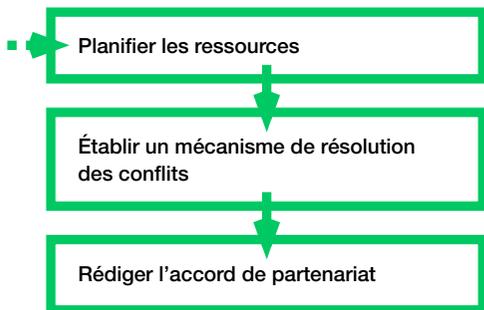


85. URD, « Manuel de la participation », *op cit.*

86. Voir le tableau d'analyse des parties prenantes dans le « Guide de planification de projets de santé », MdM, à paraître en 2012.

87. Chargée par le groupe de travail Funding development and Relief de Concord d'approfondir la question d'un partenariat de qualité.

84. Pour l'analyse des parties prenantes, se référer au « Guide de planification de projets de santé », MdM, Paris, à paraître en 2012.



PRINCIPES IMPORTANTS

- donner la parole aux populations, car elles sont génératrices d'idées et porteuses de potentialités ;
- permettre la confrontation d'idées entre les différents acteurs dans un territoire ;
- dresser ensemble un diagnostic de ce qui va et de ce qui ne va pas ;
- envisager des projets ;
- se mobiliser ;
- mettre en lien différentes ressources ;
- bâtir des espaces de dialogue.

3 / L'IMPORTANCE D'UNE CONCLUSION FORMELLE DU DIAGNOSTIC

De la même manière que l'on se présente au début du diagnostic, il faut pouvoir conclure formellement le diagnostic, surtout si l'on a fait surgir des attentes en opérant ce processus : participation à des focus groups, entretiens avec des leaders, observations dans les villages, etc. La simple présence d'une association et d'enquêteurs fait naître des attentes au sein d'une population. Il faut donc présenter les conclusions du travail de diagnostic fait collectivement et expliquer les prochaines étapes.

Le passage du diagnostic aux actions s'opère par :

- la restitution des informations aux différents acteurs locaux ;
- l'analyse des informations en commun ;
- le débat sur des propositions d'actions ;
- l'identification des problèmes et des objectifs prioritaires.

Le processus de diagnostic doit être renouvelé : les informations collectées doivent être mises à jour et complétées.

4 / LA CONCEPTION ET LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET

On ne reprendra pas en détail les étapes classiques de la planification⁸⁸ d'un projet : détermination des objectifs, conception des activités, décisions relatives aux moyens humains et matériels, préparation de la mise en œuvre, mise en place, suivi et évaluation de l'action.

Rappelons juste ici que, dans des projets avec des approches communautaires, il faut insister sur la prise en compte des atouts et des ressources des communautés, mais aussi des limites et des freins, et sur la capacité à saisir les opportunités.

Il faut s'assurer que le savoir, les idées et l'expérience existants sont bien pris en compte et que les choix pris ont un sens pour les populations. Il est effectivement difficile de commencer des actions si toutes les parties n'ont pas la même compréhension du problème ! Attention : lors de l'analyse et du choix des solutions, il faut être vigilant, notamment concernant la priorisation des objectifs et du

ciblage. Les projets génèrent de nombreux jeux de pouvoir et des intérêts multiples. Des décisions peuvent faire de nombreux mécontents, favoriser des personnes et donc en exclure d'autres. Il ne faut pas accroître les tensions sociales et on doit être attentif aux risques de manipulation par des groupes spécifiques. Enfin, cibler une intervention sur un groupe marginalisé peut avoir pour résultat une stigmatisation plus forte encore de ses membres. Le processus de conception est là aussi une entreprise itérative : il faut pouvoir être souple dans la planification.

Pour la phase de conception de projet, qui implique de transformer les problèmes identifiés durant le diagnostic en objectifs de projet potentiel, se référer au « Guide de planification de projets de santé », notamment aux exercices d'arbres à problèmes/arbres à solutions.

La priorisation

La priorisation des solutions est une étape cruciale : choisir une solution inappropriée peut mener à de nombreuses difficultés durant les phases extérieures. L'échec de nombreux projets humanitaires est souvent dû à l'utilisation de solutions importées, déterminées de l'extérieur, plutôt que d'une analyse attentive des besoins des populations. Il faut essayer de repérer quelles sont les solutions dont les populations sont familières, celles qui sont déjà utilisées par d'autres organisations, les solutions que l'association utilise déjà et enfin les solutions fondées sur une alliance d'expertises traditionnelles et modernes. Le maître mot dans cette recherche de solutions est : négociation !

Discuter avec les populations des diverses priorités demande du temps. Il faut bien s'assurer que les populations comprennent

et partagent les choix et les priorités qui ont été fixés. Pour cela, il est nécessaire de communiquer sur ces choix et priorités auprès des populations avant de les valider.

Dans tous les cas, il faut une complémentarité avec les connaissances, pratiques et techniques locales. Ne pas les prendre en compte peut mener à une perte de qualité des activités, une faible durabilité et un manque d'intérêt de la part des populations qui ne s'y retrouveront pas.

La question sensible du ciblage

Parce que les groupes de population ne sont pas homogènes, ils ont différentes priorités. Définir les objectifs d'un projet suppose aussi de choisir un groupe cible. Le ciblage est une étape sensible qui mérite une réflexion approfondie. Le ciblage n'est souvent pas compris ou tout simplement pas acceptable socialement, notamment dans des sociétés ayant des économies de survie, où le contrat social implicite est que ceux qui reçoivent quelque chose le partagent avec ceux qui n'ont rien. On a souvent vu sur des projets des personnes ciblées qui recevaient des intrants et les redistribuaient à des personnes non ciblées par l'action.

Pour que le ciblage soit compris et accepté, il faut que celui-ci soit lui aussi participatif : définition participative des critères avec les populations et communication sur ce processus de ciblage. Mais l'identification des critères est complexe et sensible, car c'est une confrontation là encore de différentes perceptions de ce qu'est la « vulnérabilité » ou encore le « bénéficiaire »... D'autre part, le ciblage est un processus de renforcement de la discrimination ou de la stigmatisation, notamment pour des ciblagés sur des critères physiques comme pour les projets nutritionnels, où l'on pointe du doigt toute une catégorie de « mauvaises » mères en ciblant leurs enfants considérés par le projet comme « malnutris ».

88. MdM, Guide de planification de projets de santé, Paris, à paraître en 2012.

Il est important lors du ciblage de ne pas isoler un groupe spécifique mais de travailler avec les autres catégories avec lesquelles il est en contact. Travailler avec des jeunes mères implique de travailler avec leurs belles-mères, leurs maris, leurs mères...

Le processus de ciblage peut avoir d'importantes conséquences sur les relations sociales : il peut augmenter la discrimination, mais aussi les rapports de pouvoir. Le processus de ciblage doit être transparent et les critères de sélection doivent pouvoir circuler au sein de la communauté.

Les activités

Rappelons qu'il est très difficile de demander à des personnes de participer à un projet si elles n'ont pas été en mesure de contribuer au processus de conception. Ces personnes peuvent se sentir démobilisées par le fait d'être invitées à participer à un projet qu'elles n'ont pas décidé. Il faut se demander à cette étape quels sont les principaux objectifs et motivations pour s'engager avec les populations dans la mise en œuvre et un suivi participatif. Il faut aussi voir qui fera quoi et comment les responsabilités seront distribuées entre les acteurs. Il est important d'être attentif à ne pas surcharger les personnes, et s'assurer que le projet n'affectera pas leurs capacités et leurs engagements autres dans la communauté ou dans leur vie personnelle. On ne peut pas imposer des formes d'organisation étrangères sans courir le risque d'une mauvaise appropriation et intégration des actions. Enfin, il faut faire attention à la gestion des ressources du projet. Les acteurs communautaires peuvent subir de fortes pressions de la part de leurs entourages pour utiliser ces ressources à d'autres fins. Il faut donc bien réfléchir sur les responsabilités en termes de gestion des ressources et de responsabilités qui peuvent augmenter l'exposition et l'insécurité des acteurs communautaires.

Les moyens de communication

Les moyens de communication doivent être adaptés au contexte culturel, c'est-à-dire accessibles et acceptables. Il faut faire attention à la langue ou aux langues choisies, mais aussi à la manière de présenter l'information. On a pu voir certains messages IEC qui ont choqué des populations parce qu'ils ne respectaient pas les normes de pudeur en représentant des femmes dénudées pour des sensibilisations sur l'accouchement.

D'autre part, le contrôle de l'information et la manière dont elle circule sont des sources de pouvoir, il faut être attentif à ne pas exclure des personnes de ces informations. Certaines personnes (sans-papiers, jeunes femmes sous l'autorité de leurs maris...) peuvent avoir un accès physique difficile à ces informations, sans parler des problèmes de langues ou encore d'illettrisme...

Différentes méthodes de communication peuvent être utilisées (réunions, causeries, tableaux d'affichage, assemblées, porte-à-porte...). Il faut consulter les populations sur les moyens les plus efficaces, et ceux traditionnellement utilisés dans leur contexte pour prévenir les personnes.

Lors de l'élaboration du matériel, la démarche d'implication des populations est primordiale pour que les outils fassent sens dans la culture locale. Il faut associer les bénéficiaires, les agents, les partenaires à la conception des messages et à leur diffusion. Ce travail d'implication des agents dans la création du matériel permet à l'équipe du projet de tenir compte d'un certain nombre d'idées émises par les agents qui manipulent ces supports. Du côté des agents, cela valorise leur travail d'interprétation et d'adaptation au contexte, en rompant avec l'image négative de l'éducation pour la santé comme imposition de normes étrangères. Il faut mettre en place une situation qui va favoriser un échange

d'informations et des négociations sur ce qui peut se dire et se faire. On peut par exemple envisager de travailler en IEC sur des études de cas, des situations réelles et faire réfléchir les populations sur le problème afin de les faire participer à la recherche de solutions. Il faut veiller toutefois à l'anonymat pour les exemples.

Il faut ensuite tester les outils élaborés pour vérifier :

- leur bon fonctionnement ;
- la bonne compréhension : l'interprétation des images ;
- et que l'on n'a pas oublié des aspects importants dans la représentation du contexte.

Il faut avoir en tête que l'interprétation d'une image repose sur des codes propres à chaque culture et à chaque groupe social. Une même image peut alors avoir plusieurs représentations. La non-adaptation des images peut avoir des effets pervers et les images se révéler contre-productives, car elles peuvent véhiculer d'autre sens que ce qu'elles sont censées porter, voire provoquer une dissonance cognitive, c'est-à-dire un rejet de la part des personnes ciblées. Certaines images ne sont pas recevables, car culturellement non adaptées.

La création des outils d'éducation pour la santé doit se faire sur une connaissance précise des représentations, du contexte et de l'organisation socioculturelle du public visé. Une recherche préalable permet cette connaissance, mais cela nécessite du temps.

L'adaptation des images peut se faire au fil du programme grâce aux agents qui les utilisent. Les agents ajustent le matériel en fonction de leur contexte d'intervention. Ces ajustements accroissent la crédibilité des messages qui sont alors plus adaptés. Mais il faut avoir un programme assez souple dès le départ pour pouvoir prévoir cet ajustement par les agents, notamment concernant le support image...

Il faut toujours vérifier que le type de communication choisi corresponde à la culture des populations. Le théâtre dans bien des pays n'est pas une forme de communication traditionnelle. Si cette activité permet de mobiliser une grande partie de la population attirée par le caractère divertissant, il n'est pas du tout sûr que les messages délivrés soient retenus. La forme de ce support prend généralement le pas sur le fond pour des personnes qui n'ont pas l'habitude de ce type d'activité.

La question du suivi et du soutien

Le suivi et le soutien des acteurs communautaires permettent de maintenir leur motivation. Le suivi des acteurs locaux leur permet de mesurer leurs résultats et d'avoir l'opportunité de faire part de leurs commentaires sur le déroulement du projet. Il faut ensuite prendre en compte ces remarques et recommandations dans la suite du projet.

Les critères de qualité doivent être fixés avec les populations, critères très subjectifs parfois, et qui supposent donc d'avoir une bonne perception de ce que représente pour les populations un projet de qualité. Enfin, il faut bien sûr se mettre d'accord sur la méthode de suivi et sur qui participe à ce processus. Là encore, il est possible de mettre parfois en tension, voire en danger, les personnes des communautés chargées de faire le suivi, car elles pourraient pointer des erreurs ou rendre publics des abus de gestion. Il est important de bien distinguer quels aspects peuvent être suivis par les membres des communautés et quels autres aspects, plus sensibles, tels que le suivi budgétaire, requièrent une personne extérieure à la communauté, moins exposée. On peut envisager des méthodes qui respectent l'anonymat avec par exemple des questionnaires pouvant être pris et déposés discrètement dans des boîtes publiques. Certains sujets sont très sensibles et ne peuvent pas être discutés en groupe, il faut

alors aussi prévoir des entretiens individuels dans des lieux calmes et non exposés au regard de tous.

Enfin, une restitution des résultats du suivi doit être faite aux personnes pour maintenir la confiance, la motivation et le respect des populations. Mais la mise en place de cette restitution suppose d'avoir la flexibilité nécessaire pour modifier et adapter le projet à ces retours.

Il faut pouvoir répondre en amont à cette question : Quel soutien faut-il mettre en place pour un engagement des acteurs communautaires dans la durée ?

Les personnes qui deviennent agents des activités doivent recevoir des formations, un suivi et un encadrement. Les formations sont toujours très appréciées par les personnes et peuvent être de diverses natures en fonction des thèmes et besoins. Dans de nombreux projets de santé communautaire, les agents communautaires bénéficient d'une formation initiale et de formations de remise à niveau (*refresher trainings*), complémentaires, tous les six mois par exemple.

Pour beaucoup de projets, clôturer le programme est une étape difficile. Mais l'implication et la participation, tout comme elle peuvent faciliter l'appropriation dès le début du projet, peuvent aussi amener des mécanismes de passation naturels. Pour cela, il faut s'être préparé très tôt, dès le diagnostic participatif.

5 / L'ÉVALUATION

Comme lors des parties précédentes, ce paragraphe ne reprend pas dans le détail les étapes de l'évaluation de projet, mais se concentre sur l'évaluation en lien avec la participation de la communauté. Il s'agit donc ici de fournir aux acteurs des projets et aux populations concernées l'opportunité de faire un retour sur la pertinence et la qualité de la participation dans

un projet pour influencer son développement et/ou les projets futurs. Les questionnements doivent porter sur la pertinence de la mise en œuvre de la démarche participative et sur sa conformité à l'intention communautaire.

Il faut faire attention au choix des évaluateurs : l'évaluation doit être objective et perçue par les populations comme telle. La composition de l'équipe peut exclure certains groupes de la participation à l'évaluation, il peut y avoir des réticences de certaines personnes à exprimer librement ce qu'elles pensent devant d'autres. Se posent aussi des problèmes de disponibilité : les femmes peuvent avoir des restrictions de mouvements ou d'horaires, il faut savoir quels moments et quels espaces sont idéaux pour pouvoir recueillir leurs avis à elles aussi.

Il est important de fournir des explications des objectifs de l'évaluation au préalable à la population, afin d'éviter des idées fausses au sujet de cette évaluation et de ses conséquences. Par exemple, il faut s'assurer que tout le monde comprenne bien le terme « évaluateur », que ce terme ait le même sens pour tous et non pas un sens détourné ou négatif (agent de renseignement, indic...). Par ailleurs, plus la participation à l'évaluation est grande et plus l'évaluation est utile si les personnes en comprennent les bénéfices. Enfin, pour une évaluation participative, les entretiens et les focus groups sont les outils les plus appropriés. Il faut toutefois être vigilant à ne pas poser de questions sensibles lors des focus groups, et à réserver celles-ci aux entretiens individuels tout en s'assurant de la sécurité des personnes et de la confidentialité des données. Ces entretiens et focus groups doivent bien évidemment être menés dans les langues locales. Le choix de l'interprète compte aussi, il faut qu'il soit capable de bien cerner les subtilités de la langue et les nuances, qu'il soit à l'aise avec les méthodologies. Il est souvent préférable que l'interprète soit extérieur à la communauté pour ne pas introduire de biais de perception, mais parfois les personnes

peuvent être réticentes à soulever des problèmes spécifiques devant un inconnu. Cela doit être pensé au cas par cas. Une restitution formelle d'une grande partie des résultats ainsi qu'une traduction d'un document public peuvent être programmées. Pour cela, le document ne doit pas être rédigé en des termes trop techniques ou trop scientifiques, mais au contraire dans des termes accessibles à tous. La restitution formelle peut aussi être l'occasion de remercier les participants.

ÉVALUATION DE LA PARTICIPATION : GRILLE DE QUESTIONNEMENT Qui a participé ? Qui n'a pas participé ?

Dresser une liste des individus clés qui ont participé ou qui auraient dû participer et qui n'ont pas été impliqués

- Comment le projet a-t-il intégré les éléments recueillis dans le diagnostic socioculturel ?
- Les apports, idées des personnes, structures existantes, ont-ils été pris en considération dans l'élaboration du projet et dans les prises de décision ?
- Comment les personnes ont-elles été impliquées ?

Lister les techniques utilisées : assemblées, focus groups, réunions avec des partenaires, etc.

Lister les actions des acteurs communautaires : IEC, prévention, réunions, gestion...

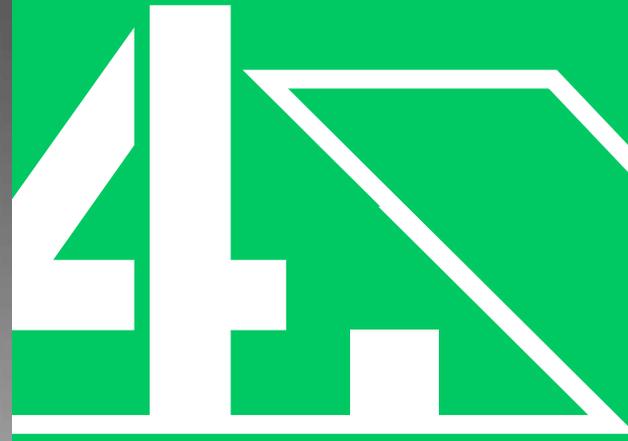
- Dans quelle mesure leur participation a-t-elle été efficace ?
- La population est-elle satisfaite de son niveau d'implication ?
- Les personnes impliquées étaient-elles représentatives de l'ensemble de la population ?
- Des personnes ou groupes ont-ils

été exclus des actions communautaires ? Pourquoi ?

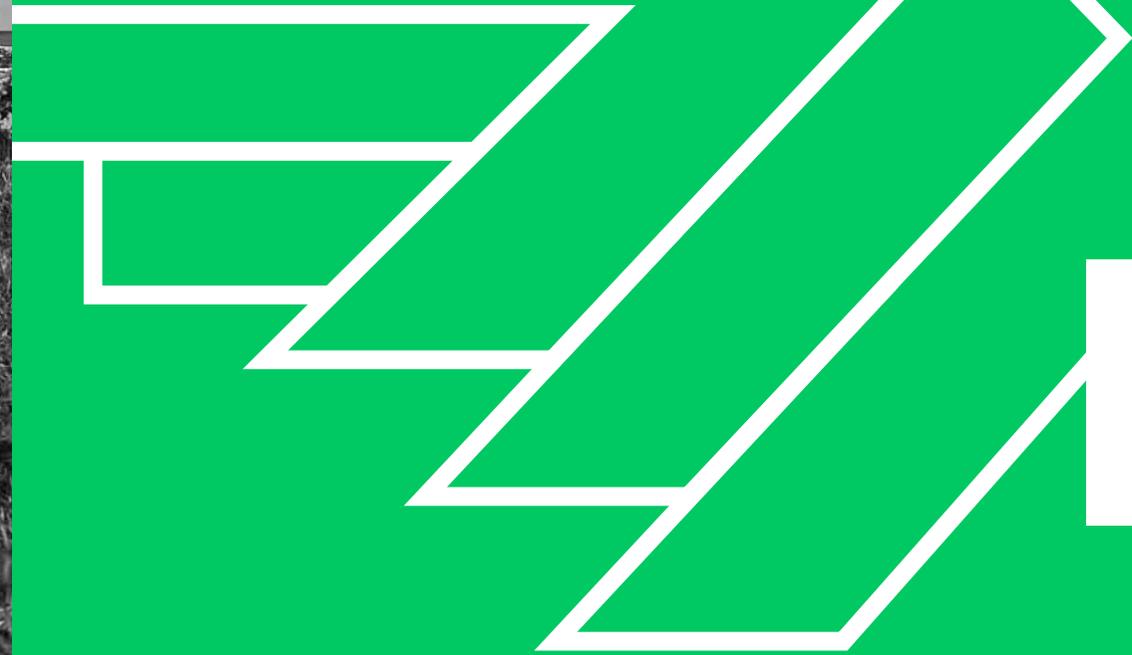
- Les actions communautaires ont-elles pu être menées avec des minorités sans que ces dernières aient été stigmatisées davantage ou sans que l'on ait fait peser des menaces sur leur sécurité ?
- Comment des groupes plus minoritaires ont-ils pu participer aux actions ?
- La stratégie communautaire a-t-elle été mise en œuvre comme prévu ? Quels ont été les décalages ?
- La participation a-t-elle permis de prendre en compte les préoccupations clés des populations ?
- Comment les informations ont-elles été transmises ? Avec quelle efficacité ?
- Existe-t-il des stratégies et des capacités locales qui pourraient être renforcées ?
- Le projet a-t-il pris en compte les leçons apprises des précédents projets d'aide ?
- ...

6 / LA CAPITALISATION

Le travail avec les communautés peut aussi faciliter l'effort de capitalisation. On peut profiter des réunions de clôture avec les populations pour discuter de ce qui a été réalisé, des perceptions du projet et comprendre ce qu'en garderont, matériellement ou en mémoire, les personnes. Les réunions de clôture peuvent donc être un lieu pour tirer des leçons, au regard aussi de l'histoire des projets passés. Lors de ces réunions, on peut établir des documents de capitalisation qui seront donnés à la population pour la pérennité des actions du programme.



CONCLUSION



CONCLUSION

➤ Avec pour ambition d'éclaircir les concepts de communauté et de participation, cet ouvrage issu des discussions de l'atelier « Travailler avec les communautés » montre la complexité de ces notions. Elles posent en effet de nombreuses questions et exigent une analyse en profondeur de ce que recouvre la participation communautaire.

En requestionnant des concepts en apparence simples, on a pu montrer la diversité des définitions des mots « communauté » et « participation » et leur impact sur la construction d'actions communes. Ces questionnements ont été guidés par le souci d'améliorer la compréhension de ce qui se joue derrière la démarche communautaire, notamment la relation entre un programme et la population, en prenant en compte tous les niveaux sociaux culturels de cette relation. Point central de cette relation, la notion de temps, qui, comme nous l'avons montré, est un facteur important pour toute approche communautaire. Il faut en effet du temps pour se connaître mutuellement, se comprendre afin de pouvoir construire une culture commune essentielle pour un partenariat réussi. Le succès de toute approche communautaire tient à la justesse des rapports qui vont se tisser entre les différents groupes de personnes concernés, acteurs de la solidarité, partenaires et populations bénéficiaires.

L'accent a ainsi été mis sur les nombreuses questions que pose la participation afin de proposer une méthodologie axée sur la compréhension du contexte socioculturel. Il s'agit d'ouvrir le regard, de susciter l'esprit critique pour permettre l'émergence d'une programmation d'actions efficaces et adaptées. Cette méthodologie, fondée sur des éléments de diagnostic et des grilles d'interrogation sur les représentations, les valeurs et les stratégies des parties prenantes du projet, relève à la fois d'une anthropologie politique par un travail de synthèse et d'analyse des programmes en place, d'une anthropologie de la santé par l'analyse des procédures, des structures et de la relation entre acteurs de la solidarité et populations dans les rapports de soins, et enfin d'une anthropologie cognitive par un travail qui s'intéresse au vécu et aux besoins des populations ainsi qu'aux perceptions qu'elles ont de leur santé.

En permettant d'identifier les obstacles et les enjeux de cette participation, cet ouvrage entend favoriser l'adaptation des projets futurs

aux réalités socioculturelles et aux perceptions des besoins des populations concernées. Enfin, l'orientation proposée dans cet ouvrage invite à situer toute démarche communautaire dans un cadre éthique enrichi, c'est-à-dire dans un cadre qui puisse donner la parole aux personnes concernées au premier chef, et soutenir des actions fondées sur *l'empowerment* et la défense des droits des malades, au cœur des valeurs éthiques qui guident les projets de Médecins du Monde.



5

BIBLIOGRAPHIE



BIBLIOGRAPHIE

Akrich M., Méadel C., Rabeharisoa V.,
- *Se mobiliser pour la santé. Des associations de patients témoignent*, Mines ParisTech, 2009.

Bach, M., Muszynski, L., Rioux, M.
- "Well-Being, Society and Institutional Development", **Social Planning and Research Council of BC, et al.**, Well-Being: A conceptual framework and three literature reviews, Vancouver: **Social Planning and Research Council of BC**, 1993.

Barth F. (dir.),
- *Ethnic Groups and Boundaries : the Social Organisation of Culture Difference*, Universitets Forlaget, Bergen, Oslo, George Allen & Unwin, Londres, 1969.

Bantuelle M., Morel J., Dargent D.,
- « La participation communautaire en matière de santé », **actes du colloque « Santé communautaire »**, Bruxelles, 1998.

Baumann M., Cannet D., Châlons S.,
- *Santé communautaire et action humanitaire. Le diagnostic de santé d'une population*, ENSP, 2001.

Benoist J.,
- *Se soigner au pluriel, essai sur le pluralisme médical*, Karthala, 1996.

Goudet B.,
- « Développer des pratiques communautaires en santé et développement local », **Chronique sociale**, Lyon, 2009.

Open Society Foundations,
- « Harm reduction at work. A guide for organizations employing people who use drugs », *Harm reduction field guide*, **International Harm Reduction Development Program**, 2010.

Hillery G. A.,
- *Communal Organizations. A study of local societies*, Chicago, **The University of Chicago Press**, 1968.

Institut T. Renaudot,
- *Pratiquer la santé communautaire*, **Chronique sociale**, 2001.

Kahssay H.M., Oakley P.,
- « Community involvement in health development : A review of the concept and practice », **OMS**, 1999.

Jaffré Y.,
- « Anthropologie de la santé et éducation pour la santé », **Cahiers santé**, 1 : 406.

Lamoureux H., Lavoie J., Mayer R., Panet-Raymond J.,
- *La pratique de l'action communautaire*, **Presse de l'université du Québec**, 1996.

Lamoureux P.,
- « L'approche participative dans un projet de santé », **La santé de l'homme**, n° 382, mars-avril 2006.

Lebas J., Veber F., Brücker G.,
- *Médecine humanitaire*, Flammarion, 1994.

Levasseur G.,
- « La santé communautaire », **Exercer**, n° 72, janvier-février 2005.

Lévi-Strauss C.,
- *Les structures élémentaires de la parenté*, Paris, 1949.

Maquet P.,
- « La santé au cœur de l'espace local : l'approche communautaire est-elle une réponse adaptée ? », **La santé de l'homme**, n° 327, janvier-février 1997.

Mauss M.,
- « Manuel d'ethnographie », Paris, 1947.

Olivier de Sardan J.-P.,
- *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*, Karthala, 1995.

Pineau R., Daveluy C.,
- *La planification de santé : concepts, méthodes, stratégies*, éd. **Nouvelles**, Québec, 1995.

Smithies J., Webster G.,
- *Community Involvement in Health. From Passive Recipients to Active Participants*, **Arena-Ashgate Publishing**, 1998.



ANNEXES PROPOSÉES DANS LE DVD

- **Film sur l'atelier d'échanges à Dhulikel, Népal en 2010**
- **Exemples de guides d'entretien sur les notions de « communauté » et de « communautaire » (FR-EN-ES) :**
 - Exemple d'un guide d'entretien / Exemple de guides de focus group /
 - Exemple d'une grille d'observation
- **Protocole de recherche et guides d'entretien - Madagascar 2010 (FR)**
- **Sauquet M., 33 questions pour aborder l'interculturel. Grille d'analyse des variables socioculturelles susceptibles d'expliquer les manières d'être et d'agir de l'autre, déc. 2011.**
- **Étude « Agents de Santé communautaires », draft, MdM, 2009 (FR)**
- **Étude « Accoucheuses traditionnelles », draft, MdM, 2009 (FR)**
- **Présentation du site internet dédié aux déterminants socioculturels de l'accès aux soins (FR-EN-ES)**



OUVRAGES PARUS DANS LA MÊME COLLECTION

- **Collecte de données, méthodes qualitatives**, MdM, mai 2009, 2^e éd. 2012. **DVD inclus**
- **Violences faites aux femmes : genre, culture et sociétés, approche pratique**, MdM, septembre 2009.
- **Prévention et réponse aux violences liées au genre, guide méthodologique**, MdM, 2010.
- **Éducation pour la santé, guide pratique pour les projets de santé**, MdM, juin 2010.
- **Pour une éthique de terrain. Gestion des données personnelles sensibles (santé-histoires de vie)**, MdM, septembre 2010 (version électronique uniquement).
- **Collecte de données, méthodes quantitatives, les enquêtes CAP (Connaissances, attitudes & pratiques)**, MdM, mai 2011. **DVD inclus**
- **Les déterminants socioculturels de l'accès aux soins**, MdM, mai 2012. **DVD inclus**
- **Travailler avec les communautés**, MdM, mai 2012. **DVD inclus**

À PARAÎTRE

- **Planification de projets de santé**, MdM, à paraître en 2012.



Quel est le sens du mot « communauté », qu'entend-on par « participation communautaire » ou « implication » ?

Quels sont les enjeux de ces concepts dans nos programmes humanitaires aujourd'hui, leurs atouts, leurs limites ? Ce guide, issu d'un atelier d'échange d'expériences s'étant tenu en 2010 au Népal, vise à établir un ensemble de définitions essentielles et à mettre en évidence la pertinence opérationnelle de ces concepts. Mais devant ces problématiques mouvantes, il en appelle au questionnement systématique sur notre posture d'humanitaires face à la « part de l'autre » dans la question des soins.

What does the word "community" mean? What do we understand by "community participation" and "involvement"? **What are the challenges posed by these concepts in the context of our humanitarian aid operations? What are the strengths and what are the limitations?** Written after an international exchange workshop held in Nepal in 2010, this guide attempts to draw up a set of essential definitions and to highlight the operational relevance of these concepts. But these shifting issues call for a systematic examination of our position as humanitarians confronted with the "role and the participation of the Other" in the provision of health care.

¿Cuál es el sentido de la palabra "comunidad"? ¿Qué se entiende por "participación comunitaria" o "implicación"? **¿Cuáles son los desafíos que plantean estos conceptos en nuestros programas humanitarios en la actualidad? ¿Sus ventajas? ¿Sus limitaciones?** Esta guía, fruto de un taller de intercambio de experiencias celebrado en Nepal en el 2010, pretende establecer un conjunto de definiciones esenciales y poner de relieve la pertinencia operativa de estos conceptos. Pero ante estas problemáticas cambiantes, apela al cuestionamiento sistemático de nuestra postura como humanitarios en relación con "la parte del otro" en la cuestión de la atención sanitaria.

10 €



DVD INCLUS /
DVD INCLUDED /
INCLUYE DVD

