

La participation communautaire : les tendances au sein de *SIDA3* et le positionnement du volet thématique pour la suite de la programmation

Diane Morin, Directrice de volet^a

La présente réflexion fait suite à l'identification des enjeux qui animent les discussions autour du volet d'appui à la participation communautaire (APCOM) depuis le début de *SIDA3*, mais surtout depuis la tenue du Bureau de coordination élargi en avril 2003. Il vise deux objectifs : définir de façon plus explicite le champ d'intervention APCOM en le liant à la notion de développement durable et susciter un consensus sur les orientations à privilégier pour l'avenir de la programmation APCOM.

Au cours des deux dernières décennies, la recherche scientifique à travers le monde appuie l'évidence à l'effet que l'environnement social influence les habitudes de vie et les comportements de santé mais aussi l'incidence de la maladie. Elle a aussi démontré qu'une communauté peut améliorer la santé de ses membres lorsque les gens s'investissent et travaillent solidairement à la réalisation de projets visant des changements favorables à la santé. Ces observations confirment la nécessité d'associer les communautés aux prises de décision et à la participation dans les efforts de promotion et protection de la santé et de prévention de la maladie. L'intervention avec les communautés et au profit du développement de la santé des communautés fait référence à des stratégies de mobilisation et de soutien qui reconnaissent le droit et la capacité des individus et des communautés locales à participer aux décisions et aux actions qui les concernent. Cela fait partie des ingrédients reconnus parmi les plus prometteurs pour améliorer la santé et le bien être¹.

D'entrée de jeu, il semble donc approprié de rappeler la position de l'ACDI² sur le développement durable :

...La caractéristique principale du développement durable est liée à sa nature participative qui amène les communautés locales et les individus à participer activement à la conception, et à la mise en œuvre des programmes et des projets de développement. Pour que les populations locales aient à cœur de rechercher la durabilité à long terme, elles doivent impérativement sentir qu'elles sont personnellement concernées par leur propre développement et qu'elles ont un mot à dire à cet égard. (p.1)

Cette vision rejoint celle de la Charte d'Ottawa, dite la Charte de la promotion de la santé³, qui stipule que cinq grandes stratégies d'action doivent être privilégiées en promotion de la santé^b. Parmi celles-ci, deux s'appliquent directement à *SIDA3*, il s'agit de : « Favoriser la participation du public et accentuer l'action communautaire » et « Réorienter les services de santé ». Il va sans dire que le volet APCOM est particulièrement interpellé par la première de ces deux stratégies. Concernant spécifiquement la participation communautaire du public et l'action communautaire, la Charte d'Ottawa stipule notamment que :

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. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples

^a Merci aux collègues du CCISD pour avoir partagé avec moi des idées qui sont à l'origine de ce texte. Un merci bien particulier à Mireille Trudelle et à Maria De Koninck pour avoir contribué à améliorer le contenu et la forme de ce texte.

^b Les cinq grandes stratégies privilégiées par la Charte d'Ottawa sont : 1) favoriser la participation du public et accentuer l'action communautaire, 2) créer des milieux favorables, 3) réorienter les services de santé, 4) développer les compétences personnelles, et 5) élaborer une politique publique saine.

susceptibles de renforcer la participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière (p.4).

L'OMS⁴, pour sa part, définit le concept de participation communautaire comme une contribution, une organisation ou une habilitation. Perçue comme une contribution, elle réfère à la participation aux projets de développement sous la forme de contributions volontaires de membres de la communauté, à des programmes et projets prédéterminés. Elle correspond en fait à ce que Rifkin⁵ appelle l'implication des communautés dans le cycle de la planification et mise en œuvre des programmes sanitaires, où les responsables de ces programmes se préoccupent de la collecte des ressources issues de la communauté (matérielles ou humaines) pour amortir le coût de leurs projets, ou pour acquérir une main-d'œuvre complémentaire. Perçue comme une organisation, elle sous-tend la mobilisation des membres de la communauté regroupés au sein d'organismes à base communautaire pour qu'ils jouent un rôle actif dans la fourniture des services. Dans ce sens, les organisations communautaires deviennent les alliés des structures de santé en contribuant à un ensemble d'activités entreprises le plus souvent par des professionnelles et professionnels, pour éradiquer ou contrôler certaines maladies ou conditions de santé. Dans cette forme de participation comme dans la précédente, l'observance des instructions provenant de l'autorité est de rigueur, les personnes et les organisations locales s'en tiennent aux objectifs du programme.

Finalement, lorsque la participation communautaire prend la forme d'habilitation, elle sous-tend le développement de compétences dans la communauté, c'est-à-dire de sa capacité de s'approprier les enjeux et du pouvoir pour agir sur la problématique en cause. Plusieurs auteurs associent cette dernière forme de participation au développement communautaire ou à l'empowerment communautaire⁶, qui consiste en fait, au transfert d'une partie du pouvoir et de l'imputabilité vers la communauté, au soutien de son implication et à la confiance en sa capacité d'autonomie et de clairvoyance dans les prises de décisions^{7,8}. Dans cette approche, les professionnels et professionnelles du secteur de la santé jouent des rôles d'encadrement initial mais surtout, de facilitation et de catalyse. Cela signifie que l'on reconnaît les savoirs populaires ou « profanes » chargés de modèles culturels implicites. Les auteurs Popay et Williams font ainsi ressortir que trois dimensions du savoir profane sont particulièrement pertinentes en santé publique : la compréhension profane de la relation entre les comportements individuels et les circonstances de la vie, les théories profanes au sujet de l'étiologie et son pouvoir de prédiction⁹. En fait, plusieurs auteurs affirment que bien souvent sans diplômes, mais au moyen d'une connaissance adaptée, les individus acquièrent une compétence incontestable dans leur fonctionnement en tant qu'êtres sociaux : ils se font comprendre par, et comprennent eux-mêmes parfaitement les autres membres de leur communauté. Ils ont acquis l'exact savoir-faire, la « compétence unique » en tant que membres d'une communauté ce qui fait en sorte qu'ils s'y réfèrent comme à une partie d'eux-mêmes. Feldman et Le Grand¹⁰ vont plus loin en stipulant que :

Les savoirs sociaux peuvent se trouver sous plusieurs formes, et à divers degrés de sophistication technique, le plus naïf n'étant pas nécessairement le moins pertinent (...). La responsabilité des professionnels est (...) de concilier rigueur et ouverture d'esprit. Il leur faut être conscients des limites du savoir qu'ils proposent; pouvoir donner simplement les raisons de ses qualités; tenter d'en transmettre l'essentiel en faisant l'effort de se libérer des jargons inutiles; apprendre à être à l'écoute des discours qui leur sont extérieurs. En somme, il s'agit que l'éthique professionnelle ne concerne plus seulement la référence à leur propre groupe de pairs, mais engage leur responsabilité envers la communauté à laquelle ils réfèrent en lui donnant la parole et en lui reconnaissant le pouvoir du savoir et de l'action.

Les deux premières formes de participation réfèrent à ce que Rifkin⁵ appelle modèle « *top-down* », où les personnes en position de décision sont surtout issues des professions de santé, tandis que selon elle, la troisième forme réfère au modèle « *bottom-up* », où les membres de la communauté sont

impliqués dans la prise de décision et suscitent des aménagements de programmes pour qu'ils répondent aux enjeux sanitaires et aux enjeux sociaux tels que perçus par les communautés elles-mêmes.

Morgan¹¹, quant à elle, réduit la typologie de l'OMS à deux tendances qu'elle perçoit en opposition : (i) la participation communautaire instrumentale et (ii) la participation communautaire «habilitante». Cette auteure définit la première forme de participation communautaire comme l'effort déployé par les intervenants pour mobiliser la communauté afin qu'elle mette ses ressources au profit du développement sanitaire (terroir, travail et argent) en vue de réduire les coûts impliqués dans une intervention. La seconde voit la participation «habilitante» comme faisant partie de la responsabilité de la santé publique de contribuer au développement de la communauté, notamment par la valorisation de son savoir et de son expertise, afin que celle-ci mobilise volontairement et de façon discriminante le capital social et humain en faveur de la santé, mais également qu'elle contribue à agir sur les facteurs individuels et sociaux qui affectent la vie et la santé des citoyens et citoyennes dans le quotidien.

Nombreux auteurs soutiennent que le message d'Alma Ata était sans équivoque en faveur de la participation communautaire «habilitante», mais que les professionnels de la santé, les donateurs et les politiciens ont faussé la donne au départ en valorisant une approche de participation instrumentale au lieu d'encourager sa forme «habilitante» qui mène à une complexification des enjeux décisionnels. D'autres auteurs admettent que la forme de participation communautaire instrumentale est à la base de nombreux échecs dans les projets de soins de santé mais que la forme «habilitante», quoique associée à de meilleurs résultats de développement, requiert plus de ressources et une analyse du problème de santé enchâssé dans une perspective globale des déterminants de la santé^{11,12,13,14,15}.

Les travaux de Hyppolite¹⁶ font ressortir que l'*empowerment* des organisations, qui réfère ici à la participation «habilitante» est intimement relié à l'*empowerment* communautaire et individuel. À partir d'une réflexion structurée sur la base de quatre modèles conceptuels, elle arrive à la conclusion que :

...le milieu des organisations volontaires apparaît essentiel pour le développement de l'*empowerment* (...) à partir d'une participation active des membres dans ce milieu. (p.47)

Maintenant, si nous gardons en mémoire ces deux types de participation communautaire et tentons de faire l'analyse de ce qui se déroule actuellement dans *SIDA3*, il faut constater que là comme ailleurs, la typologie ne tient pas toujours. Dans certains cas, la participation communautaire sur laquelle repose les activités APCOM concerne strictement la forme instrumentale, c'est-à-dire qu'on utilise les activités communautaires pour « rejoindre les cibles ». Cette forme d'APCOM était surtout présente en *SIDA2* mais se retrouve encore dans *SIDA3*, particulièrement lorsque des organismes relais sont créés de toutes pièces et maintenus par l'exécution de micro-projets ou de micro-programmes.

Quelquefois le modèle dominant de la programmation APCOM concerne la forme «habilitante», c'est-à-dire que les activités qu'APCOM supportent et contribuent directement et clairement à ce que certaines organisations locales se positionnent comme des partenaires incontournables en matière de prévention des IST et du VIH et cela, parce que le micro-projet ou le micro-programme permet le développement de leurs compétences en matière de clientèles ou communautés vulnérables et de leur capacité d'exercer un leadership autonome.

Nous ne ferons pas ici la liste des micro-projets et des micro-programmes supportés par l'ensemble des volets pays, ni leur classification selon leur appartenance à l'une ou à l'autre forme de participation selon les critères de Rifkin⁵, Morgan¹¹ ou Hyppolite¹⁶. La réflexion se poursuit et, dans la foulée des récentes orientations thématiques prises au dernier Bureau de coordination élargi, cette analyse constitue déjà un des principaux mandats de la conseillère technique et de la chargée de volet.

Par ailleurs, le volet APCOM recommande que la forme de participation communautaire qui soit privilégiée dans les programmations APCOM de chaque pays repose sur une vision de participation «habilitante» et que les lignes directrices des interventions (i) fassent la promotion du

développement durable, (ii) s'inspirent des travaux de Hyppolite¹⁶, (iii) considèrent les savoirs sociaux comme incontournables et finalement, (iv) concernent principalement :

- L'appui à des organisations qui reconnaissent la compétence de leurs membres (et non seulement celle de leur leader),
- L'appui à des organisations qui valorisent la participation active et le développement d'habiletés de plusieurs membres de l'organisation;
- L'appui à des activités de promotion de la santé qui ne font pas reposer tout le poids de la prévention sur les individus considérés vulnérables et qui valorisent à la fois les actions individuelles, collectives (groupe de référence des individus) et sociales;
- L'appui à des activités qui ne définissent pas les personnes considérées vulnérables comme des cibles mais bien comme des partenaires ayant un apport dans le cycle de programmation et de déroulement de l'activité;
- L'appui et l'encouragement au développement d'un positionnement critique face aux facteurs responsables de la propagation des IST et du VIH et qui sont déterminés par la réalité sociale locale et par l'expérience des membres du milieu;
- L'appui et l'encouragement à la mise en place d'interventions qui ne se limitent pas seulement aux déterminants de la propagation des IST VIH liés aux individus et aux services de santé mais qui visent aussi les déterminants sociaux;
- L'encouragement et le soutien d'actions et de réalisations dont les retombées deviennent autant de sources d'apprentissage au sein de l'organisation;
- Le renforcement de leaderships collectifs face aux questions des IST et VIH;
- L'appui à des activités ayant pour finalité le développement d'habiletés en matière de santé sexuelle liées aux IST et VIH et en matière de bonne gouvernance des organisations;
- L'appui à des organisations ou structures qui pourraient offrir un soutien que *SIDA3* ne peut offrir, notamment des structures liées au développement d'activités génératrices de revenu;
- L'appui à la consolidation de réseaux locaux, nationaux et régionaux qui peuvent offrir des alternatives nouvelles et contribuer à la formation de coalitions pouvant faire preuve de leadership en matière de promotion de la santé.

Références

- ¹ Centres for Disease Control and Prevention (1997) *Principles of Community Engagement*. CDC/ATSDR Committee on Community Engagement CDCP - Public Health Practice Program Office. Atlanta, GA. (accessible à <http://www.cdc.gov/phppo/pce/index.htm>)
- ² ACDI (2001) *Stratégie de développement durable de l'ACDI 2001-2003 Un plan d'action pour le changement*. Février, Ottawa : Direction générale des communications, ACDI
- ³ OMS (1986) *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague : Bureau régional de l'Europe, Organisation mondiale de la Santé.

- ⁴ OMS (1991) *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé*, Série des rapports 809, Genève, Suisse, P.62.
- ⁵ Rifkin S.B., Muller F. & Bichmann W. (1988) Primary Health Care: on measuring participation. *Social Science Medicine*; 9: 931-940.
- ⁶ Wallerstein N. (1992) *Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs*, American Journal of Health Promotion ; 6 (3): 197-205
- ⁷ Nickson P. (1993) La santé, c'est notre affaire. *Contact* ; 119 : CMC, Suisse.
- ⁸ Matomora M. (1989) A people centred approach to primary health care implementation in Mvumi, Tanzania, *Social science and medicine*; 28 (10): 1031-1037
- ⁹ Popay J. & Williams G. (1996) Public Health Research and Lay Knowledge, *Social Science and Medicine*, 42 (5) : 759-768.
- ¹⁰ Feldman J & Le Grand J.-L. (1996) Savoirs savants, savoirs profanes in Feldman J., Filloux J.C., Lécuyer B.P., Slez M. & Vicente M. *Ethique, épistémologie et sciences de l'homme*. Paris: L'Harmattan: p. 89-105
- ¹¹ Morgan L. (1990) International politics and primary health care in Costa Rica, *Social Science and Medicine*; 30 (2) : 211-219
- ¹² Bebe N., Dumbi I., Bulemvo P. & Bakanseka I. (1995) Les paradoxes de la participation communautaire aux soins de santé primaires (SSP) au Zaïre. *Promotion Education Quarterly* ; 2(4):29-33.
- ¹³ Zakus M. & Lysack C. (1998) Revising community participation, *Health Policy and Planning*, 13(1): 1-12
- ¹⁴ Wisner B. (1988) GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care, *Social Science and Medicine* ; 26 (9) : 963-69
- ¹⁵ PAHO (1984) *Community participation in health and development in the Americas*, No. 473, Pan American Health Organization, WHO regional office, Washington DC
- ¹⁶ Hyppolite S.-R. (2002) *La participation à une organisation volontaire : la clé de l'empowerment individuel, organisationnel et communautaire*. Mémoire de maîtrise en santé communautaire. Québec : Université Laval.