

WORLD HEALTH ORGANIZATION
Regional Office for the Eastern Mediterranean
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Bureau regional de la Mediterranee orientale



مَنْظَرَةُ الصَّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
المكتب الاقليمي شرق المتوسط

COMITE REGIONAL DE LA
MEDITERRANEE ORIENTALE

Quarante-quatrième session

Point 8 a) de l'ordre du jour

EM/RC44/5
Juillet 1997

Original: arabe

DOCUMENT TECHNIQUE

MOBILISATION DE LA COMMUNAUTE
EN FAVEUR DE LA SANTE POUR TOUS

SOMMAIRE

	page
Résumé	
1. Introduction	1
2. Contenu de la mobilisation communautaire	1
3. Caractéristiques de la mobilisation communautaire.....	2
3.1 La mobilisation communautaire: fin ou moyen?.....	2
3.2 La mobilisation communautaire - processus d'apprentissage par la pratique.....	2
3.3 La communauté: une entité dynamique.....	3
3.4 Appui soutenu de tous les niveaux	3
4. Principal programme d'action de la mobilisation communautaire en faveur de la Santé pour tous.....	3
5. Initiatives relatives à la mobilisation communautaire dans la Région - Exemples.....	6
6. Exploitation du potentiel au sein de la Région.....	9
7. Evaluation de la mobilisation communautaire.....	10
8. Recommandations	13
Références.....	14

RESUME D'ORIENTATION

La mobilisation communautaire, continuum consistant en l'organisation, la mobilisation et l'engagement de la collectivité pour déterminer la mesure dans laquelle les services de santé sont en harmonie avec le développement général, est l'un des principes les plus importants de la Santé pour tous fondée sur les soins de santé primaires. La situation politique et socio-économique peut favoriser la mobilisation communautaire ou au contraire la limiter, de même qu'elle peut déterminer les caractéristiques de la mobilisation communautaire, son processus et sa dynamique. La mobilisation communautaire concourt à promouvoir la santé en tant que partie intégrante du développement, permet aux gens de s'aider eux-mêmes, contribue au développement de l'infrastructure des soins de santé primaires au sens le plus large, encourage le maintien de cette infrastructure grâce à de bons systèmes de financement, favorise l'intégration des soins de santé en fonction des priorités communautaires et permet de combler le fossé entre la communauté et les services de santé.

La mise en oeuvre de la mobilisation communautaire nécessite un environnement politique propice ainsi qu'un engagement politique pour lui permettre de se développer. Il importe également, pour la mise en oeuvre de la mobilisation communautaire, que les professionnels de la santé cherchent à la fois à comprendre la communauté et à être compris par celle-ci. Dans la Région de la Méditerranée orientale, la mobilisation de la communauté s'est faite par différentes approches, telles que celle des besoins essentiels pour le développement et autres approches analogues de développement notamment *el-touiza* au Maroc et *el-ta'awin* en République du Yémen. Le recours aux agents de santé communautaires, tels que les "Amis des Centres de Santé" en Arabie saoudite, les groupes d'appui communautaires à Oman et les volontaires sanitaires en République islamique d'Iran, constitue une stratégie appropriée pour mobiliser la communauté. Les établissements scolaires et les organisations non gouvernementales sont des éléments importants au niveau communautaire dont on peut tirer parti pour engager une mobilisation communautaire. Le potentiel existant pour la mobilisation communautaire au sein de la Région devrait être étudié et exploité. Cela peut comprendre, par exemple, l'utilisation des systèmes traditionnels existants, tels que le système de la *choura*, qui est axé sur les dimensions spirituelle et sociale, l'application des techniques et méthodes de soins de santé de qualité, ou la révision des politiques d'investissement.

L'évaluation de la mobilisation communautaire est un exercice important et complexe. Des indicateurs du processus de mobilisation communautaire doivent être établis pour permettre à tous les partenaires d'évaluer les progrès accomplis. Des modèles d'évaluation par la collectivité locale doivent être recherchés, mis au point et utilisés.

Il est recommandé de formuler des politiques claires pour favoriser la mobilisation communautaire et d'établir des inventaires des institutions de développement existant dans les pays. Les agents de santé communautaires et les dirigeants locaux devraient participer à la mobilisation de la communauté. Il est nécessaire de former le personnel de santé à la communication avec la communauté et d'encourager la recherche dans le domaine de la mobilisation communautaire.

1. INTRODUCTION

Le mouvement de la Santé pour tous fondé sur les soins de santé primaires en tant que principal moyen de prestation souligne les principes d'équité, de coordination intersectorielle, de technologie appropriée, d'engagement politique et de participation communautaire, laquelle est au centre du mouvement de la Santé pour tous. La mobilisation communautaire, c'est le "tous" de la Santé pour tous; en d'autres termes, la Santé pour tous ne peut être instaurée qu'avec la participation de tous. En fait, on avance parfois que l'évolution remarquable du mode de pensée, tel qu'il a été promu par la Santé pour tous, a été la notion d'engagement communautaire en tant que résultat de la mobilisation et de l'organisation communautaires.

Lorsque les Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale ont approuvé le concept de la Santé pour tous fondée sur les soins de santé primaires, ils en ont accepté les principes, stratégies et priorités, qui sont basés sur l'engagement communautaire. Depuis la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978, le monde a changé; des faits nouveaux sont survenus, affectant les soins de santé primaires et la Santé pour tous, et soulignant l'importance de la mobilisation communautaire. Ces changements comprennent notamment l'allongement de l'espérance de vie globale, l'évolution du tableau épidémiologique des maladies avec de plus en plus de maladies chroniques nécessitant des soins de longue durée et un suivi, l'augmentation des coûts de santé, le vieillissement des populations et l'urbanisation rapide, avec une évolution de la structure de la famille qui devient de type "nucléaire". Ces changements affectent les prestations sanitaires et les soins de santé, appelant davantage de soins à domicile et par conséquent un plus grand engagement communautaire. Les indicateurs sanitaires ont changé, passant de la mesure des incapacités, de la morbidité et de la mortalité à celle de la qualité de la vie. Cette mesure est plus large qu'une mesure de l'état de santé; la mobilisation et l'engagement communautaires sont essentiels pour cette mesure et pour une meilleure qualité de vie.

Tous ces changements et défis illustrent l'environnement général qui influence la relation entre le système de soins et la communauté dans son ensemble. Cela signifie que le contexte dans lequel les services de santé opèrent est principalement déterminé par la communauté et donc la mobilisation communautaire peut contribuer à créer un environnement propice à l'instauration de la Santé pour tous.

2. CONTENU DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

Les composantes de la mobilisation communautaire sont déterminées par les conditions politiques, sociales et économiques locales et nationales, ainsi que par les attentes, les besoins et les capacités au sein de la localité. Il est essentiel de considérer ces composantes comme un continuum de l'organisation, de la mobilisation et de l'engagement communautaires.

Par organisation communautaire, on entend une auto-prise de conscience de la collectivité en tant qu'entité active. Bien que les communautés aient leurs systèmes implicites qui ont toujours existé et survécu, du point de vue des services de santé tout au moins, une communauté devrait disposer d'un organe représentatif aux fins de liaison et de communication. Cela donnera à la communauté une structure explicite et fonctionnelle.

La mobilisation communautaire est davantage qu'une motivation pour participer à une activité sanitaire particulière tout simplement. Ses composantes se rapportent au processus qui permet à la créativité de la communauté d'influer sur la prestation des soins de santé par son

potentiel physique, social, économique et spirituel. Cela a un effet énorme sur les systèmes de santé et il est évident qu'avec un tel potentiel, la communauté doit être impliquée dans tous les aspects des soins de santé.

L'**engagement communautaire** est l'expression et le résultat de l'implication de la communauté et de la perception des actions ou interventions comme étant "les siennes". Il montre comment la communauté est habilitée à prendre des décisions concernant ses propres affaires. Les composantes de l'engagement communautaire comprennent toutes les réalisations accomplies grâce aux décisions prises concernant la gestion, l'organisation, les ressources, l'économie et l'exécution des programmes de la Santé pour tous.

Il convient de noter que les trois termes - organisation, mobilisation et engagement - sont généralement utilisés l'un pour l'autre pour désigner le continuum dans son ensemble, du fait que chacun d'eux affecte les deux autres de manière complexe au sein de la communauté.

3. CARACTERISTIQUES DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

3.1 La mobilisation communautaire: fin ou moyen?

La mobilisation communautaire est quelquefois considérée comme le moyen d'atteindre les objectifs déterminés à l'avance des projets ou services de santé. Selon cette conception, la mobilisation communautaire est une activité temporaire liée aux ressources disponibles, au temps et à la localité. La communauté n'a pas de rôle dans la détermination des objectifs, stratégies, aspects opérationnels, ressources et dans l'évaluation. Sa fonction est plutôt passive, n'impliquant aucune participation aux aspects opérationnels de tâches prédéterminées. C'est là un exemple de l'utilisation de la mobilisation communautaire comme moyen et, en tant que tel, la mobilisation communautaire est ponctuelle et éphémère.

Par contre, la mobilisation communautaire peut être envisagée comme un processus d'habilitation de la communauté et de développement de sa capacité de décision et d'exercice de ses pleins droits en supervisant la formulation des politiques, la planification, l'élaboration, la mise en oeuvre, les réalisations et les progrès accomplis dans toutes les activités qui concernent et affectent la qualité de la vie communautaire. Ce dernier exemple rejoint le concept de fonction publique, où tous les employés sont supposés être comptables envers le public qu'ils servent. Dans la Région de la Méditerranée orientale, on trouve ces deux genres de mobilisation. Toutefois, dans la pratique, la mobilisation communautaire est plus souvent un moyen qu'une fin. Un exemple prometteur de mobilisation communautaire comme fin en soi est l'approche des besoins essentiels pour le développement (BDN).

3.2 La mobilisation communautaire - processus d'apprentissage par la pratique

Grâce à la mobilisation communautaire, les individus, communautés et secteurs tels que le secteur de la santé apprennent à évaluer ensemble des situations concrètes. Les différents partenaires apprennent comment définir leurs propres besoins et problèmes, puis réfléchissent ensemble aux solutions possibles. Ce processus donne confiance pour aborder d'autres problèmes, qu'ils soient aigus ou chroniques. Les secteurs apprennent à travailler en contact étroit avec les communautés et les "gens" pour prendre part à un véritable dialogue qui se traduit ensuite par une action soutenue. Ce processus peut être considéré comme un processus de

"démocratisation" puisqu'il permet aux gens d'exercer leurs droits en matière de santé et de développement grâce à une compréhension mutuelle, l'échange d'informations et la responsabilisation ainsi que l'action commune.

3.3 La communauté: une entité dynamique

Les communautés fonctionnent différemment des hiérarchies et administrations publiques. Avec le temps, elles développent leurs propres systèmes implicites et explicites. Ces systèmes reflètent les différents intérêts, conflits et priorités qui changent avec le temps et les générations. En conséquence, les compétences, connaissances, valeurs et pratiques de la communauté changent aussi avec le temps. Le rythme auquel la communauté se développe diffère de celui auquel les services de santé évoluent. Il est donc difficile d'accorder le développement communautaire avec le développement des services de santé, et ce encore plus à chaque nouvelle génération. Cela montre que la mobilisation communautaire en tant que relation entre l'autorité officielle (statique) et la communauté (dynamique) doit être appréhendée comme un processus en constant changement.

Comprendre ces particularités permettra de réduire les domaines de conflit entre la communauté et les pouvoirs publics et de faire concorder plus facilement les priorités. Cela permettra aussi de contrôler les programmes et plans et d'harmoniser les pouvoirs hiérarchiques entre les deux. La mobilisation communautaire doit donc encourager et favoriser le partenariat entre la population et les pouvoirs publics.

3.4 Appui soutenu de tous les niveaux

La mobilisation communautaire est un investissement à long terme qui présente un intérêt mutuel pour les prestataires de soins de santé et planificateurs sanitaires d'une part et la collectivité d'autre part. Les pouvoirs publics peuvent appuyer la mobilisation communautaire en élaborant des politiques qui permettent aux gens de modifier leurs modes de vie et d'améliorer leur santé par leurs propres actions. Toutes les forces doivent donc être mobilisées pour résoudre les problèmes de santé qui sont communs à l'ensemble de la société et promouvoir l'instauration de la Santé pour tous. Pour la mobilisation communautaire, il y a une condition indispensable qui est d'influencer les instances et milieux qui ont un rôle important dans la formulation des politiques publiques, tels que les décideurs politiques, les législateurs, les groupes d'influence, les syndicats, les médias et les chefs communautaires et religieux.

4. PRINCIPAL PROGRAMME D'ACTION DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE EN FAVEUR DE LA SANTE POUR TOUS

Il importe de clarifier le but de la mobilisation communautaire. En effet, ce but va être différent d'un cadre à un autre, selon le modèle socio-économique du pays ou de la localité en question, ainsi qu'avec le temps. Les principales actions de la mobilisation communautaire en faveur de la Santé pour tous visent notamment: le développement et la santé; l'auto-assistance (centrée sur les gens); le développement de l'infrastructure de soins de santé primaires; l'intégration; l'action visant à combler le fossé entre la communauté et les services de santé; la pérennité des soins de santé et un bon financement; ainsi que la promotion et la protection de la santé.

a) *Développement et santé*

Il est maintenant plus évident que jamais que l'amélioration de l'état de santé commence dans des domaines qui se trouvent en grande partie hors du système hiérarchique des services de santé. L'amélioration de la santé publique est affectée par de multiples partenaires, mais surtout par la communauté. La pauvreté, facteur le plus important affectant la santé, doit être combattue dans le cadre d'approches de développement à moyen et long terme. L'expérience acquise et les méthodologies mises au point jusqu'à présent en matière de développement communautaire montrent les liens étroits qui existent entre la santé et le développement.

b) *L'auto-assistance (centrée sur les gens)*

La santé est l'un des paramètres les plus importants dans la détermination de la qualité de la vie. Les gens sont les atouts les plus importants dans l'action visant à améliorer leur santé. De grands progrès dans l'état de santé ont été réalisés avec l'introduction de technologies simples et appropriées, comme la thérapie de réhydratation orale, et ce, parce que les gens étaient eux-mêmes les principaux acteurs concernés. Le rôle des communautés dans le secteur de la santé doit être revu afin d'améliorer la gestion communautaire des programmes de santé. La mobilisation communautaire consiste essentiellement à aider les gens à s'aider eux-mêmes.

c) *Développement de l'infrastructure de soins de santé primaires*

On entend par là non seulement l'infrastructure physique mais aussi la structure humaine, organisationnelle et gestionnaire, ainsi que les normes, les connaissances et les pratiques du système. Le champ du développement des soins de santé primaires est vaste et complexe et s'étend au delà du domaine purement médical pour impliquer de nombreux autres partenaires dont le potentiel devrait être exploité prudemment pour instaurer la Santé pour tous de manière durable. Les soins de santé primaires visent une large gamme de déterminants de la santé, tels que la pauvreté, l'analphabétisme (en particulier chez les femmes), l'accroissement démographique, le chômage, l'exode rural, la toxicomanie, les problèmes d'environnement et les épidémies. Les systèmes de soins de santé primaires existants ne prennent pas en compte ces déterminants et nécessitent donc une réorientation. La mobilisation communautaire peut jouer un rôle important à cet égard et dans l'efficacité du système de soins de santé primaires à agir sur ces déterminants. La mobilisation communautaire ayant bien été établie, l'infrastructure des soins de santé primaires sera alors équitable, durable, appropriée, continue et transparente.

d) *Intégration*

Toute communauté a une vision globale d'elle-même et de ses besoins. Les priorités communautaires s'étendent généralement sur plusieurs niveaux de bureaucratie et touchent plusieurs secteurs. Il y a maintenant une plus grande prise de conscience de l'importance de l'intégration de la santé dans le développement général. Les formes d'intégration sont diverses et peuvent concerner les aspects organisationnels ou techniques, ou encore la prestation opérationnelle des services. L'engagement communautaire peut par exemple appuyer l'intégration en s'attachant à intégrer la notion de guérison à celle de bien-être général, laquelle englobe la promotion et la protection de la santé ainsi que l'amélioration de la qualité de la vie des individus et des communautés.

e) *Comblent le fossé entre la communauté et les services de santé*

Il y a une nette divergence entre les intérêts et préoccupations d'une communauté d'une part et ceux des services de santé d'autre part. Il y a aussi une nette divergence entre les actions sanitaires et préoccupations sanitaires des services de santé et celles de la communauté. La complexité et la dynamique de la communauté justifient l'effort et le temps consacrés à la préparation sociale et à l'établissement d'une base pour un contrat social durable entre la communauté et ses services de santé. Ce contrat devrait être basé sur l'interdépendance entre les services de santé et la communauté. L'époque où les soins de santé étaient indépendants de la communauté est révolue. Maintenant, les soins de santé cherchent à satisfaire l'utilisateur (la communauté), et c'est là un pas dans la bonne direction. La communauté a généralement de multiples intérêts individuels ainsi qu'un intérêt commun. Grâce à l'engagement communautaire, il est possible de concilier les intérêts des individus et ceux de la communauté.

f) *Pérennité des soins de santé et bon financement*

Les pays de la Région reconnaissent de plus en plus que les soins de santé constituent un service coûteux qui justifie une étude et une analyse sérieuses quant aux politiques actuelles de financement des soins de santé. Il est plus que jamais nécessaire de réduire le coût des services de santé. Le rôle des pouvoirs publics, en tant que seul prestataire responsable des soins de santé, évolue maintenant vers celui de coordonnateur, d'évaluateur et d'intermédiaire. Le financement de la santé passe maintenant du secteur public en tant que principal prestataire de services de santé à une participation du secteur privé dans le cadre de systèmes mixtes de financement.

Diverses approches sont à l'étude pour offrir d'autres formes possibles de financement des soins de santé couvrant tous leurs aspects - prévention, promotion et traitement - mais qui soient en même temps abordables. La mobilisation communautaire peut fournir un système de financement durable tel que les projets générateurs de revenus, les fonds de roulement et projets centrés sur des fondations religieuses. En fait, la notion de soins de santé primaires est née du besoin d'un système de soins de santé d'un coût abordable reposant sur la collaboration et la participation communautaires qui favorisent l'autosuffisance.

g) *Promotion et protection de la santé*

La santé est un droit de l'être humain et une responsabilité que la communauté doit partager. Considérant les changements démographiques et épidémiologique actuels, il est devenu indispensable que les gens participent à la promotion et à la protection de la santé et soient encouragés à adopter un mode de vie sain. L'expérience en matière de mobilisation communautaire acquise dans le cadre des programmes de prévention de la maladie doit être élargie pour faire face au nouveau fardeau que font peser sur la communauté les maladies non transmissibles, le trafic de drogues et la toxicomanie, l'alcoolisme, le vagabondage sexuel, la violence et les accidents. Ce sont là des problèmes qui ont tous des causes sociales nécessitant une stratégie pour mobiliser tout le potentiel des communautés afin d'agir face à la menace croissante que constituent ces nouvelles épidémies.

5. INITIATIVES RELATIVES A LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE DANS LA REGION- EXEMPLES

La deuxième évaluation de la mise en oeuvre de la stratégie mondiale de la Santé pour tous a révélé une attitude acquise qui consiste à considérer l'Etat comme responsable de la fourniture de la totalité des services de santé. Cette évaluation a également montré que:

- a) diverses organisations comme les organisations féminines sont de plus en plus impliquées dans les questions de santé;
- b) la mobilisation *ad hoc* en faveur de certains programmes, tels que la vaccination et la formation des accoucheuses traditionnelles, a contribué à l'accessibilité des soins de santé;
- c) certains pays ont fait l'expérience de l'échange d'informations et de la participation communautaire par le biais de conseils et comités de développement locaux qui sont des exemples d'organisations communautaires appuyant l'action sanitaire dans la localité.

Ces constatations montrent qu'il existe au sein de la Région une certaine pratique de la mobilisation communautaire sur laquelle on peut s'appuyer pour l'instauration de la Santé pour tous avec la pleine participation des gens. De toute évidence, il est important de guider les pays quant à la manière de promouvoir et lancer la participation communautaire pour que les communautés deviennent des partenaires à part entière dans l'action sanitaire.

Les professionnels de la santé engagés dans la mobilisation de la communauté doivent tout d'abord avoir une vision claire et une politique bien définie concernant le rôle de la communauté, puis chercher à comprendre la communauté et ses procédés subtils. Sur la base de cette connaissance, l'étape suivante consiste à chercher à être compris par la communauté en faisant preuve de respect, de modestie et de simplicité. Il est alors possible de synthétiser les initiatives en faveur du changement de façon à assurer l'engagement communautaire.

La liste suivante ne prétend pas être une liste exhaustive des initiatives de mobilisation communautaire. Elle est basée sur les initiatives actuelles et potentielles dans la Région qui sont conformes à l'esprit cherchant à comprendre la communauté et à être compris par celle-ci. Ces exemples visent à illustrer les diverses manières dont peut s'effectuer la mobilisation communautaire, en s'arrêtant plus particulièrement aux expériences réelles qui ont lieu dans la Région de la Méditerranée orientale. Les idées que renferment ces exemples peuvent être adaptées au contexte socio-économique des différents pays.

a) *Approche "Besoins essentiels pour le développement" et autres approches de développement analogues*

L'approche des besoins essentiels pour le développement qui, jusqu'à présent, a été adoptée par 12 pays de la Région de différentes conditions socio-économiques, vise à améliorer la qualité de la vie des communautés et des individus grâce à un processus de développement global planifié et géré par la communauté elle-même.

Les besoins essentiels pour le développement reposent sur trois éléments: organisation de la communauté; développement de ses capacités; et mobilisation de son potentiel et de ses ressources pour assurer l'autosuffisance et l'autogestion. L'approche des besoins essentiels pour le développement met davantage l'accent sur la direction des activités au niveau communautaire et la durabilité en évitant les interventions de caractère éphémère. Avec les programmes et

initiatives des besoins essentiels pour le développement, l'accessibilité des services de santé et leur couverture augmentent, et la morbidité et la mortalité diminuent. Cette approche a par ailleurs introduit des concepts tels que l'atténuation de la pauvreté et les "villages-santé" et les a enrichis par une méthodologie communautaire qui apporte harmonie et équilibre au développement socio-économique. C'est ce que l'on appelle parfois le "développement à visage humain".

Les gens sont l'élément-clé dans ce processus de changement. Ils décident du changement, le conçoivent, le gèrent et le réalisent. Cela, à son tour, accroît la perception de chaque individu de sa propre personne ainsi que la perception de chaque individu de l'identité propre de la communauté.

L'organisation de la communauté peut revêtir diverses formes. Le comité de développement du village ou local, qui est un organe choisi ou élu par les représentants communautaires, en représente l'une des formes principales et courantes. Ce comité est chargé d'assurer la liaison avec les secteurs gouvernementaux et les organisations non gouvernementales d'une part, et la communauté d'autre part. Il doit exercer un certain contrôle sur tous les apports pour le développement et les canaliser vers les domaines prioritaires identifiés. Ce comité, en tant qu'instance organisée, veille au maintien des activités locales. La mobilisation de la communauté devient facile et est incorporée aux activités locales. La mobilisation communautaire est assurée de façon soutenue par les structures du comité local et par les dirigeants de la collectivité.

Dans la Région de la Méditerranée orientale, on a observé d'autres initiatives à base communautaire analogues à l'approche des besoins essentiels pour le développement, telles que celle de solidarité communautaire "*el-touiza*" au Maroc et celle de coopération "*el-ta'awin*" en République du Yémen. Dans l'une et l'autre, la communauté est au centre de l'initiative.

b) *Les agents de santé communautaires*

Le terme "agents de santé communautaires" recouvre toute une série de termes locaux utilisés pour désigner les dispensateurs de soins de santé communautaires dans la Région. La gamme d'activités réalisées par ces agents dépend du contexte socioculturel de la communauté et des liens existants entre la communauté et le système de santé. L'expérience avec les agents de santé communautaires dans la Région de la Méditerranée orientale a été engagée bien avant la Conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires en 1978. Certains pays ont entrepris de former des agents de santé communautaires en tant qu'agents périphériques pour améliorer l'accessibilité et la couverture par les soins de santé. D'autres pays ont privilégié les agents de santé traditionnels, tels que les "*hakim*", les guérisseurs locaux et les accoucheuses traditionnelles. L'exploitation de ces ressources traditionnelles implique le recours à des agents communautaires qui sont d'ores et déjà acceptés par la communauté et la connaissent bien depuis longtemps. L'une des principales fonctions des agents de santé communautaires est de motiver et mobiliser la communauté. La bonne orientation, la formation continue et le soutien de ces agents de santé communautaires sont indispensables pour les rendre à même d'accomplir leurs tâches. Il y a quatre exemples pris dans la Région qui sont pertinents à cet égard.

En Arabie saoudite, les groupes des "Amis des Centres de Santé" consistent de personnes dévouées qui s'intéressent à la promotion de la santé. Elles viennent de divers horizons sociaux et généralement n'ont aucune formation en matière de prestation de soins de santé. Les "amis" s'attachent plutôt à promouvoir et favoriser des modes de vie sains, et également à promouvoir la santé comme question importante devant figurer au programme des responsables politiques et

décideurs. Leur contact avec les services de santé se fait généralement à plusieurs niveaux de soins et il est intéressant de noter leur participation au processus gestionnaire des centres de santé.

D'autres pays ont cherché à mobiliser la communauté par l'entremise de volontaires, principalement des agents à temps partiel qui sont des agents de santé traditionnels ou des agents formés, et parfois des activistes, souvent des femmes, qui sont membres d'associations ou d'organisations non gouvernementales et autres organisations philanthropiques. Les volontaires peuvent venir de divers horizons mais ils sont essentiellement des animateurs dans leurs communautés. Les centres de soins de santé primaires fournissent généralement un soutien technique à ces volontaires, comme c'est le cas en République islamique d'Iran. A Oman, la communauté est mobilisée dans le cadre de divers programmes de santé par des groupes d'appui communautaires. Au Pakistan, des milliers d'agents de santé communautaires reçoivent une formation dans les services de santé de premier niveau pour pouvoir dispenser des soins et assurer la liaison avec les communautés auxquelles ils appartiennent afin d'obtenir l'engagement de celles-ci dans les questions concernant la santé. Il s'agit d'une initiative nationale axée sur les zones rurales défavorisées et les zones urbaines d'habitat précaire.

Ces agents de santé communautaires et autres agents semblables forment une base à partir de laquelle peut être engagée la mobilisation communautaire.

c) L'approche du programme scolaire d'éducation sanitaire pratique

Dans cette approche de la mobilisation communautaire, l'école est considérée comme un atout et peut servir d'agent de changement. Des enseignants scolaires formés apprennent aux écoliers comment aborder des questions concernant la santé ou liées à la santé à la maison, dans la communauté et à l'école. On leur apprend également comment promouvoir des modes de vie meilleurs et plus sains grâce, par exemple, à des campagnes contre le tabac et la drogue. Les expériences réalisées à Bahreïn, au Pakistan et en République arabe syrienne en sont d'excellents exemples. L'interface entre le système de santé et la communauté par le biais de l'école a le double avantage d'impliquer la nouvelle génération et de favoriser un engagement à long terme de sa part. La présence généralisée des établissements scolaires, leur rôle de leadership (dans le présent et l'avenir) et leur accès à toutes les familles sont autant d'occasions pour l'école de mobiliser et d'engager la communauté.

d) Les organisations non gouvernementales

Les organisations non gouvernementales sont bien placées pour oeuvrer en contact étroit avec les communautés. Il y a de nombreuses organisations non gouvernementales nationales actives dans la Région. En Egypte par exemple, il y a environ 15 000 organisations non gouvernementales enregistrées. L'action de nombre d'entre elles comprend la prestation de services de soins de santé primaires aux pauvres des villes et aux habitants des zones périurbaines. Toutefois, la plupart de leurs activités dépendent de la motivation individuelle des membres de la communauté. Les organisations non gouvernementales ont en général des relations solides avec les associations féminines, les fédérations de jeunes, etc. Leur implantation à la base, leur expérience et leur engagement leur permettent de jouer un rôle important dans la mobilisation communautaire. Un exemple frappant du potentiel des organisations non gouvernementales est celui offert par l'expérience vécue au Liban lors des conflits. La collectivité a assumé alors la pleine responsabilité de la prestation des soins de santé; il en est résulté que les

indicateurs sanitaires au Liban se sont maintenus à un niveau qui les place parmi les meilleurs de la Région. On a pu noter une expérience semblable en Somalie au niveau des régions où des projets "Besoins essentiels pour le développement" étaient en place.

6. EXPLOITATION DU POTENTIEL AU SEIN DE LA REGION

Il existe des exemples de mobilisation communautaire qui montrent les occasions qui peuvent être saisies dans notre Région. Les approches, pour donner des résultats concluants, doivent s'appuyer sur ce que les communautés acceptent déjà comme croyance, tradition ou culture.

a) *La tradition religieuse*

Il existe un précédent considérable pour la mobilisation communautaire dans la Région de la Méditerranée orientale - sur le plan historique, social et religieux. Le système de la *choura* en est un exemple. La *choura* est un principe islamique fondamental permettant la prise en compte des opinions de la communauté dans toutes les affaires concernant la vie de la société. La "*choura*" garantit la transparence ainsi que la responsabilité des dirigeants vis-à-vis de la population. Les applications du principe de la *choura* peuvent être immenses, couvrant tous les aspects de la démocratie actuelle et, d'après les doctes islamiques, peuvent aller bien au delà. L'argument en faveur de la *choura* est qu'elle ne s'arrête pas au vote pour le choix de représentants mais s'étend au suivi de leurs activités et à l'engagement continu du public. La *choura* peut offrir un moyen de lancer et renforcer la mobilisation communautaire. Il va sans dire que ce système couvre tous les domaines dans la société, que ce soit le domaine social, économique, politique ou autre. Le système de la *choura* permet également *al-takaful*, c'est-à-dire la solidarité et le soutien communautaires mutuels.

Les principes économiques dans l'Islam, tels que *zakat*, *waqf* et *sadaqat*, représentent d'autres points d'accès. L'Eglise a des points d'accès semblables et l'octroi d'un soutien communautaire parmi ses fidèles fait bien partie de sa tradition. L'expérience historique dans la Région qui peut servir à cet égard est profuse.

b) *Accent sur les dimensions conceptuelle, sociale et spirituelle des soins de santé primaires*

Les soins de santé primaires ne devraient pas se limiter ou être assimilés à des soins médicaux seulement. C'est là un obstacle sérieux aux soins de santé primaires et à la Santé pour tous, d'autant plus dans notre Région qui est très riche en valeurs et principes favorisant la solidarité, l'équité, la justice sociale, le partenariat communautaire ainsi que l'intégrité et la dignité de la personne. Le fait que l'approche des soins de santé primaires ait été adoptée par tous les Etats Membres et qu'elle ait été en application depuis maintenant près de 19 ans devrait nous permettre de maximiser le principe de la mobilisation communautaire inhérent aux soins de santé primaires. Les soins de santé à domicile, en tant qu'exemple de mobilisation communautaire, peuvent favoriser le mouvement de la Santé pour tous fondée sur les soins de santé primaires. Les associations professionnelles, les particuliers et les sociétés caritatives peuvent aussi être des partenaires dans la mobilisation de la communauté.

c) Techniques, méthodes et instruments pour des soins de santé de qualité

Des soins de santé de qualité constituent un attribut important de toute action de santé publique. L'approche "soins de santé de qualité" reconnaît que la satisfaction de l'utilisateur ou du client est un aspect essentiel du système de soins de santé et l'indicateur de qualité le plus important. On a maintenant l'occasion d'exploiter l'intérêt actuel que portent les professionnels de la santé et les membres de la communauté à la qualité pour mettre en relief les éléments de l'engagement communautaire inhérents à des soins de santé de qualité. La sensibilisation du public à l'importance de la qualité des soins conduira le public à se former une opinion sur le sujet et, à long terme, permettra d'assurer l'engagement de la communauté dans les questions de santé.

d) Politiques d'investissement

Plusieurs options font actuellement l'objet de débats et sont envisagées comme procédés éventuels et mécanismes possibles pour l'introduction d'un système de recouvrement des coûts ainsi que d'autres moyens d'obtenir des fonds pour le secteur de la santé. Parmi ces options figurent la participation du secteur privé, les politiques d'assurance-maladie, les systèmes de co-paiement, de participation aux coûts et de débours qui impliquent directement les communautés. On peut promouvoir la mobilisation communautaire en tant que stratégie propre à assurer la rentabilité de la Santé pour tous grâce à une plus grande transparence des administrations sanitaires et à la participation de la communauté aux décisions concernant la santé, ce qui se traduira par des services de santé plus appropriés et acceptables réduisant ainsi le gaspillage. Un consensus s'est dégagé parmi les planificateurs du développement pour reconnaître que l'investissement dans le secteur social, soins de santé y compris, est tout autant productif que celui dans le secteur industriel, lorsqu'il est vu à plus long terme, et que les produits de cet investissement, sous forme de développement humain et de population en bonne santé, peuvent être projetés comme étant commercialisables tout comme les produits industriels. "L'investissement chez l'individu" est le meilleur des investissements. L'introduction de politiques de financement de la santé nécessite des normes et règles bien étudiées et bien conçues pour réglementer l'application des modes de paiement pour les soins de santé. Avec la mobilisation communautaire, ces normes et règles peuvent être affinées, acceptées et appliquées. Il importe que l'Etat comme la communauté aient un rôle dans la surveillance de la qualité de la Santé pour tous.

7. EVALUATION DE LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

L'évaluation de la mobilisation communautaire peut être une entreprise complexe et fastidieuse mais c'est un instrument avec lequel les pays doivent se familiariser. Elle est indispensable pour établir la confiance de ceux qui sont engagés dans la mobilisation de la communauté et les encourager à identifier les points forts sur lesquels on peut s'appuyer, les faiblesses à corriger, les créneaux à utiliser et les occasions à saisir. La méthodologie d'évaluation peut utiliser une combinaison de différents outils d'évaluation. Les résultats de l'évaluation devraient être diffusés à tous ceux qui participent à l'évaluation et être utilisés par ceux-ci. Il est prévu que les évaluateurs soient un groupe représentant toutes les parties intéressées, à savoir la communauté, les prestataires et autres instances tels que les planificateurs. La présentation de l'évaluation devrait être conçue de façon à être facile à comprendre.

Différents modèles peuvent être mis au point pour mesurer la mobilisation communautaire de manière descriptive. Le champ et la portée de la mobilisation communautaire peuvent être

évalués en examinant certains points tels que le rôle dirigeant de la communauté, l'organisation communautaire, la mobilisation des ressources, l'appréciation des besoins communautaires et les processus gestionnaires à l'appui de la mobilisation communautaire. Afin d'évaluer ces facteurs principaux, une échelle de classement a été mise au point. Le classement commence par 1 (ou mobilisation "étroite") lorsque la performance relativement à ce facteur ou la réalisation est très limitée ou médiocre. Une notation de 5 ou "ample" est donnée lorsque la performance ou la réalisation est au plus haut niveau. Donc plus la notation est élevée, plus les résultats sont poussés. Entre les deux extrêmes, il y a trois degrés: "ouverte" (4) est plus élevée que "moyenne" (3) qui a son tour est mieux que "limitée" (2). Ce classement est descriptif et doit donc être mis au point en tenant compte du contexte de la localité concernée. Pour que le classement soit plus utile, les évaluateurs devraient étudier l'évolution dans le temps de la performance de chaque facteur principal et voir si des progrès ont été réalisés et dans quelle mesure. Cette analyse des tendances permettra d'identifier les points forts, les faiblesses, les possibilités et les risques. Des mesures correctives et d'amélioration peuvent être prises. Le système de classement et son analyse de l'évolution prévoit la représentation graphique et illustrée des données pour les différents publics cibles, ce qui offre plus de possibilités de réflexion, de débats, de discussions auxquels prennent part les partenaires intéressés. Le tableau 1 est un exemple de la manière dont les points relatifs à la mobilisation communautaire peuvent être classés. Ce tableau doit être tout d'abord examiné, puis adapté et ajusté aux spécificités du pays ou de la localité. L'important, c'est que l'on accepte l'idée d'évaluation des progrès du partenariat communautaire basée sur des critères arrêtés d'un commun accord et classés. On procède à l'évaluation, on en tire les enseignements et on agit en conséquence.

TABLEAU 1. Echelle de classement pour l'évaluation des progrès de la mobilisation communautaire

Principaux éléments faisant l'objet d'une évaluation	Mobilisation (classement)				
	1. étroite	2. limitée	3. moyenne	4. ouverte	5. ample
Appréciation des besoins communautaires	Imposée de l'extérieur avec point de vue médical spécialisé (DSC, agent sanitaire de village, personnel du poste de santé); ou programme imposé à la collectivité (construction de latrines).	Point de vue médical dominé par une approche "éducative". Les intérêts de la collectivité sont également pris en considération.	Le DSC est un représentant actif des points de vue communautaires et il apprécie les besoins.	Le CSV représente activement les points de vue de la collectivité et évalue les besoins.	Les membres de la collectivité en général sont impliqués dans l'évaluation des besoins.
Directions des activités	Unilatérale (minorité riche); le président du comité de village est imposé; le personnel de santé assume a direction; ou pas de CSV hétérogène.	Le CSV ne fonctionne pas mais le DSC fonctionne indépendamment des groupes d'intérêt sociaux.	Le CSV fonctionne sous l'autorité d'un DSC indépendant.	CSV actif, prenant l'initiative.	Le CSV représente toute la diversité des intérêts présents dans la communauté et contrôle les activités du DSC.
Organisation	Le CSV est imposé par les services de santé et inactif.	Le CSV est imposé par les services de santé mais a mis sur pied certaines activités.	Le CSV est imposé par les services de santé mais il est devenu pleinement actif.	Le CSV collabore activement avec d'autres organisations communautaires.	Les organisations communautaires existantes ont été impliquées dans la création du CSV.
Mobilisation des ressources	Une petite quantité de moyens a été réunie par la collectivité. Aucune redevance n'est perçue. Le CSV ne décide d'aucun affectation de moyens.	Perception de redevances. Le CSV n'est pas maître de l'utilisation des sommes perçues.	Collecte périodique de fonds dans la collectivité mais aucune implication dans le contrôle des dépenses.	Collecte périodique de fonds dans la collectivité et contrôle de leur utilisation par le CSV.	Les redevances et d'autres formules de financement permettent de drainer des sommes considérables. Le CSV affecte l'argent ainsi recueilli.
Gestion	Imposée par les services de santé. Le DSC n'est qu'encadré par du personnel de santé.	Le DSC gère de façon indépendante, avec une certaine participation du CSV. Seul l'encadrement est assuré par le personnel de santé.	CSV autogéré sans contrôle des activités du DSC.	CSV autogéré et associé à l'encadrement du DSC.	DSC responsable vis-à-vis du CSV et activement encadré par celui-ci.

DSC = Dirigeant sanitaire communautaire
 CSV = Comité de santé du village

8. RECOMMANDATIONS

1. Les Etats Membres devraient formuler une politique claire concernant la mobilisation communautaire en faveur de la Santé pour tous, notamment son rôle dans le développement sanitaire et général. Il importe au plus haut point que les responsables de la prise de décision influents qui déterminent les politiques générales soient amenés à reconnaître le rôle et la contribution de la communauté pour l'instauration de la Santé pour tous et à donner leur engagement pour soutenir et encourager des initiatives à cet égard.
2. Les ressources communautaires devraient être identifiées et étudiées. Un inventaire des structures, organisations et organismes de développement non gouvernementaux dans chaque pays de la Région doit être effectué, documenté et utilisé. Le modèle de cet inventaire et des directives s'y rapportant doivent être préparés par un groupe d'experts. Les pays souhaiteront peut-être prévoir la conception, la réalisation, la documentation et la diffusion de cet inventaire dans les budgets de 1998-1999.
3. Les doctes religieux devraient être encouragés à étudier les ressources économiques potentielles qui pourraient être utilisées pour favoriser la mobilisation communautaire, telles que *zakat* et *waqf* ainsi que celles qui sont disponibles dans le secteur desservi par les mosquées et les églises.
4. Les Sociétés du Croissant-Rouge et de la Croix-Rouge, les organisations non gouvernementales, les retraités, les chefs communautaires actifs et les organismes locaux devraient être informés et impliqués dans les activités sanitaires dans leurs zones d'intervention.
5. Les gouvernements devraient développer et encourager différentes formes d'agents de santé communautaires et "d'amis de la santé" à l'appui des services de soins de santé et assurer une formation appropriée ainsi que l'évaluation de leur contribution.
6. Il est conseillé aux ministères de la santé d'élaborer et de dispenser des programmes de formation destinés aux personnels de santé, en particulier aux cadres et administrateurs au niveau du district, afin de renforcer leurs capacités en matière de communication avec les communautés et dans l'établissement d'un partenariat avec celles-ci.
7. Les spécialistes des sciences sociales devraient être impliqués dans la mise au point de méthodologies et d'approches efficaces pour promouvoir la mobilisation communautaire qui permettront de changer les perceptions des communautés et les amèneront à assumer une plus grande responsabilité dans la promotion de la santé. Les spécialistes des sciences sociales devraient faire partie des équipes de santé chargées de la planification, de la programmation et de l'évaluation des services de santé, en particulier pour ce qui concerne l'engagement communautaire.
8. Les Etats Membres devraient encourager la recherche sur les différents aspects de la mobilisation communautaire, notamment l'impact des différentes initiatives régionales (besoins essentiels pour le développement, agents de santé communautaires, etc.) sur la mobilisation communautaire à l'appui de l'instauration de la Santé pour tous.

9. L'OMS doit apporter son soutien à des activités interpays et des consultations afin d'élaborer des directives et des stratégies propres à promouvoir la mobilisation communautaire à l'appui de l'instauration de la Santé pour tous.

REFERENCES

1. Oakley P. *L'engagement communautaire pour le développement sanitaire. Analyse des principaux problèmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989.
2. *Amélioration des prestations des agents de santé communautaires dans les soins de santé primaire*. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989 (OMS, Série de Rapports techniques, n° 780).
3. *Les soins de santé primaire. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma-Ata, 1978. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1979 (Série "Santé pour Tous N° 1).
4. *Report of the Interregional Meeting on Strengthening District Health Systems Based on Primary Health Care*, Harare, Zimbabwe, 3-7 August 1987. Geneva, World Health Organization, 1987 (document non publié WHO/SHS/87.13, Rev.1).
5. *Report of a Scientific Group Meeting on Progress of Quality Assurance in Primary Health Care*, Tunis, Tunisia, 20-30 May 1996. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (document non publié WHO-EM/PHC/114/E/L).
6. *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire: un défi pour les services de santé*. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1991 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 809).
7. Bichman W, Rifkin SB and Shrestha M. Peut-on mesurer le degré de participation communautaire? *Forum mondial de la Santé*, Vol.10, 1989.
8. *Evaluation de la mise en oeuvre de la stratégie de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. Canevas commun: troisième évaluation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1996 (document non publié disponible auprès de la Division de l'Appréciation de la Situation sanitaire et de ses Tendances).
9. *L'action communautaire en faveur de la santé*. Document de base des Discussion techniques, Quarante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, mai 1994. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1994.

Quarante-quatrième session

Point 8 a) de l'ordre du jour

**MOBILISATION DE LA COMMUNAUTE
EN FAVEUR DE LA SANTE POUR TOUS**

Résumé des recommandations

Recommandations adressées aux Etats Membres

1. Formuler des politiques claires concernant la mobilisation communautaire en faveur de la Santé pour tous et amener les responsables de la prise de décision influents qui déterminent les politiques générales à reconnaître le rôle et la contribution de la communauté pour l'instauration de la Santé pour tous.
2. Identifier les ressources communautaires y compris les organisations non gouvernementales, les chefs communautaires actifs et les organismes locaux et les impliquer dans les activités sanitaires dans leurs zones d'intervention.
3. Encourager les doctes religieux à étudier les ressources économiques potentielles qui pourraient être utilisées pour favoriser la mobilisation communautaire, telles que *zakat* et *waqf* ainsi que celles qui sont disponibles dans les secteurs desservis par les mosquées et les églises.
4. Elaborer et dispenser des programmes de formation destinés aux personnels de santé, en particulier aux cadres et administrateurs au niveau du district, afin de renforcer leurs capacités en matière de communication avec les communautés et dans l'établissement d'un partenariat avec celles-ci.
5. Impliquer les spécialistes nationaux des sciences sociales dans la mise au point de méthodologies et d'approches efficaces pour promouvoir la mobilisation communautaire qui permettront de changer les perceptions des communautés et les amèneront à assumer une plus grande responsabilité dans la promotion de la santé.
6. Encourager la recherche sur les différents aspects de la mobilisation communautaire, notamment l'impact des différentes initiatives régionales (besoins essentiels pour le développement, agents de santé communautaires, etc.) sur la mobilisation communautaire à l'appui de l'instauration de la Santé pour tous.

Recommandation adressée à l'OMS

7. Continuer d'apporter son soutien à des activités interpays et des consultations afin d'élaborer des directives et des stratégies propres à promouvoir la mobilisation communautaire à l'appui de l'instauration de la Santé pour tous.