PROMOTION DE LA SANTE ET AUTONOMISATION DANS LE CONTEXTE AFRICAIN

David Houéto et Glenn Laverack

RB
Rossendale Books

Publié par Lulu Enterprises Inc.
3101 Hillsborough Street
Suite 210
Raleigh, NC 27607-5436
Etats Unis d'Amérique

Publié dans la série poche 2014
Catégorie : Non Fiction
Copyright David Houéto et Glenn Laverack© 2014

ISBN : 978-1-291-76115-3

Tous droits réservés, Droit d'auteur sous la Convention de Berne du droit d'auteur et de la Convention panaméricaine. Aucune partie de ce livre ne peut être reproduite, stockée dans un système d'extraction, ou transmise sous une forme quelconque ou par un moyen quelconque, électronique, mécanique, photocopie, enregistrement ou autre, sans autorisation préalable de l'auteur. Les droits moraux de l'auteur ont été revendiqués.

Dédicace

Les auteurs voudraient remercier Carol Anne Hartwick et Audrey Jannin pour leurs efforts dans la transduction de ce document.

Table des matières

Dédicace 4

CHAPITRE 1. : INTRODUCTION..... 12
Les problèmes de langage relatifs aux termes « power », « community » et « empowerment » 13
Le processus d'autonomisation communautaire 20
Le rôle du professionnel de promotion de la santé dans le processus d'autonomisation communautaire.....22
La participation communautaire et le processus d'autonomisation 26
Le plaidoyer et le partenariat 34

CHAPITRE 2. LA PROMOTION DE LA SANTÉ SELON LES CONTEXTES..... 37
Le professionnel de la santé comme un activiste politique.....37
Les leçons apprises du passé.....40
Qu'est-ce que la promotion de la santé ? 45
La promotion de la santé : deux variantes pour un même thème.....49
La promotion de la santé et la théorie du nouveau mouvement social.....51
La promotion de la santé et l'éducation pour la santé.....53
Qu'est-ce que l'autonomisation communautaire ? 61
Les programmes de promotion de la santé: une question de transformation de pouvoir.....65

CHAPITRE 3. PROMOTION DE LA SANTÉ : TOUT DÉPEND DE CE QUE NOUS ENTENDONS PAR « SANTÉ »..... 70
Nos expériences de santé 70
Santé : la définition de l'Organisation mondiale de la santé 74
Les modèles contemporains de santé en promotion de la santé.....77
Le modèle médical.....78
Le modèle comportemental/du mode de vie 79
Le modèle socio-environnemental.....80
Le chevauchement entre les modèles de santé.....82
Les déterminants de la santé 85

CHAPITRE 4. LA TRANSFORMATION DE POUVOIR ET LA PRATIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 90
Qu'est-ce que le pouvoir ? 91
Les formes « somme-nulle » et « somme-non-nulle » du pouvoir.....92
Les trois visages du pouvoir 95
Le pouvoir intérieur 96
Le pouvoir autoritaire 97
Le pouvoir participatif 100
L'impuissance.....102

CHAPITRE 5. L'AUTONOMISATION COMMUNAUTAIRE ET LA PRATIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ 109
Le concept de communauté 109
Les trois niveaux d'autonomisation.....115
L'autonomisation communautaire comme un continuum à 5 points 117

CHAPITRE 6. RÉSOUDRE LES TENSIONS DANS LES PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ 135
La promotion de la santé dans un contexte de programme 137
Les programmes top-down de promotion de la santé 139
Les succès des programmes top-down.....141
Pourquoi les programmes top-down échouent habituellement ? 143
Les forces et les faiblesses des programmes top-down.....145
Les programmes bottom-up de promotion de la santé 149
Les programmes bottom-up fonctionnent-ils ? 152

CHAPITRE 7. : L'AUTONOMISATION ET LES PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ 168
Introduction 168
Introduire les approches d'autonomisation dans les programmes top-down 171
La phase de conception du programme 174
Le délai d'exécution du programme.....175
La taille du programme.....177
L'attention accordée aux populations marginalisées.....178
La gestion des conflits 179
La fixation des objectifs du programme 180
L'élaboration de l'approche stratégique 182
La mise en œuvre du programme.....184

CHAPITRE 8. : LES DOMAINES DE L'AUTONOMISATION COMMUNAUTAIRE 190
La participation.....191
Le leadership.....194
L'analyse de problème.....200
La mobilisation des ressources 203
Se demander « pourquoi » 204
Les liens avec d'autres personnes et organisations.....210
Le rôle des agents extérieurs.....213
La gestion de programme 216

CHAPITRE 9. : LE DEVELOPPEMENT DE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION COMMUNAUTAIRE EN AFRIQUE FRANCOPHONE 221
Le projet d'autonomisation communautaire pour la lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans à Drabo au Bénin (Houéto & Deccache, 2008).221
Comment la participation et l'autonomisation des communautés ont permis d'améliorer la lutte contre le paludisme et réduire les inégalités?.....228
Les conditions essentielles nécessaires pour assurer la participation et l'autonomisation effectives des communautés 236
Les nouvelles méthodologies pour la construction de résultats basés sur l'évidence en matière de la participation et l'autonomisation des communautés dans le domaine de la santé et le développement.....238

CHAPITRE 10. : L'EVALUATION DES APPROCHES D'AUTONOMISATION COMMUNAUTAIRE 245
« L'évaluation de l'autonomisation ».....245
Les mesures d'une pratique de promotion de la santé autonomisante.....248
L'évaluation qui autonomise 250
Mesurer l'autonomisation communautaire.....251
Les méthodes de mesure 252
Déterminer le rang 253
Attribuer le rang.....255
Valider le rang 256
L'organisation d'un atelier sur le schéma de classement.....258
L'utilisation de représentations visuelles du rang.....259

CHAPITRE 11. : LES IMPLICATIONS POUR UNE PRATIQUE AUTONOMISANTE DE LA PROMOTION DE LA SANTE 264
Introduction 264
L'influence du contexte politique.....266
L'influence du contexte économique 272
L'influence du contexte socioculturel 276
L'influence du contexte organisationnel 278
Le pouvoir à travers la promotion de la santé.....281

Sigles 287
Bibliographie 289

Liste des figures et tableau

Figure 1.1. : Processus d'autonomisation communautaire et participation des parents dans la lutte contre le paludisme de l'enfant et rôles du professionnel de promotion de la santé (Houéto, 2007)

Figure 1.2. : Représentation du rôle de la communauté et du professionnel de promotion de la santé dans le processus de l'action basé sur l'autonomisation : le principe de la manivelle (Houéto, 2007)

Figure 5.1. : L'autonomisation communautaire comme un continuum

Figure 7.1. : Un cadre de planification pour l'adaptation de l'autonomisation communautaire dans les programmes top-down de promotion de la santé

Figure 9.1 : Illustration du processus, effets et impacts d'interventions du contrôle du paludisme basées sur les atouts de la population (Houéto, 2007)

Figure 10.1. : La configuration de la 'toile d'araignée

Figure 11.1. : L'influence du contexte politique sur l'autonomisation communautaire

Liste des tableaux

Tableau 3.1. : Trois différents systèmes explicatifs de santé
Tableau 6.1. : Les différentes caractéristiques des approches de promotion de la santé top-down et bottom-up
Tableau 7.1. : Les domaines opérationnels
Tableau 9.1. : Recours à des soins de santé adéquats dans le village d'intervention avant et après l'intervention
Tableau 11.1. : Les droits fondamentaux et le contexte politique

Liste des encadrés

Encadré 2.1. : Les trois visages de la promotion de la santé
Encadré 2.2. : Principales déclarations internationales de promotion de la santé
Encadré 3.1. : Expériences de santé
Encadré 3.2. : Promotion de la santé et justice sociale : égalité des chances ou égalité des résultats ?
Encadré 4.2. : La transformation de pouvoir à travers la pratique de promotion de la santé
Encadré 5.1. : Les principales caractéristiques de la « communauté »
Encadré 5.2. : Le projet de mobilisation des personnes âgées
Encadré 5.3. : L'autonomisation communautaire par les résidents de Werribee, Australie
Encadré 6.1. : Le projet de la Carélie du Nord : 30 ans de succès
Encadré 6.2. : Le projet de Dalby-Wambosanté 2000
Encadré 6.3. : Des Structures organisationnelles dans un village de Guatemala
Encadré 6.4. : L'autonomisation des femmes vivant dans des logements de bas standing
Encadré 7.1. : Le comportement tabagique des migrants latino-américains
Encadré 8.1. : Les caractéristiques de la participation dans les programmes d'autonomisation
Encadré 8.2. : Organisation communautaire pour la réduction des suicides dans les communautés paysannes
Encadré 8.3. : Le projet de développement communautaire de Bournville
Encadré 8.4. : L'éducation à l'autonomisation dans un programme de santé des femmes
Encadré 8.5. : La voix-de-photo pour la santé maternelle et infantile

Encadré 8.6. : Le projet de natation des femmes asiatiques.
Encadré 8.7. : Le rôle de l'agent extérieur dans un projet de santé
Encadré 8.8. : Les agents extérieurs comme « facilitateurs »
Encadré 8.9. : Les caractéristiques autonomisantes de la gestion de programme

CHAPITRE 1. : INTRODUCTION

L'autonomisation – un contexte historique

Avant d'en arriver au terme actuellement connu sous l'appellation de « *promotion de la santé* », les principales observations qui ont amené les premiers acteurs à des réflexions plus profondes furent de l'ordre du « *manque de pouvoir* » des individus et des communautés ayant les conditions de vie et de santé difficiles. Un des exemples les plus frappants est celui de Rudolph Virchow qui, en 1848, rapporte que l'une des causes de l'épidémie de typhus en Silésie (voir le détail dans le chapitre 2 de ce livre) est le manque de démocratie. Les habitants de la région manquaient la possibilité de décider par eux-mêmes de leur propre vie. Par ailleurs en 1920, Winslow fait remarquer que, pour atteindre l'objectif du mieux-être individuel et social, il faut passer par l'organisation de la communauté. Par organisation communautaire il faut entendre le regroupement des efforts individuels des membres de la communauté pour la formulation d'actions communes de résolution des problèmes d'intérêt commun. Le pouvoir retrouvé va permettre à la communauté de promouvoir un niveau de vie décent, de bonnes conditions de travail, l'éducation, l'éducation physique, le repos et la récréation, etc. pour chacun de ses membres. C'est ainsi que Sigerist a défini la promotion de la santé pour la première fois en 1946. L'autonomisation est ainsi dès le départ une notion centrale de la promotion de la santé.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1986), en reconnaissant que l'approche de promotion de la santé se base sur un concept de santé qui la reconnaît 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 », met ainsi l'accent sur les notions d'autonomisation, de participation communautaire, de plaidoyer et de partenariat (Augoyard & Renaud, 1998 ; Kar et al., 1999 ; Lévesque, 2002 ; Ninacs, 2003).

Avant de continuer sur le sujet, il faut dire que la grande majorité de ces notions sont apparues en anglais et leur traduction en français n'est pas restée sans écueils. C'est pour cette raison que nous nous proposons d'examiner les différentes possibilités de traduction en français afin de nous positionner sur lesquelles terminologies nous utiliserons dans ce livre.

Les problèmes de langage relatifs aux termes « power », « community » et « empowerment »

Power (pouvoir)

L'un des aspects clés de la promotion de la santé est ainsi le « *pouvoir* » donné aux communautés (OMS, 1986 ; Ouellet et al., 2000). Selon Robertson & Minkler (1994), le pouvoir est la « *capacité d'un individu ou d'une communauté à prévoir, contrôler et participer au développement de son propre environnement* ». L'autonomisation, comme nous le verrons plus loin, est alors « *le processus par lequel des individus et des communautés disposent des conditions nécessaires pour prendre un tel pouvoir et d'être réellement acteurs de la transformation de leur vie et de leur environnement* ». En d'autres termes, l'autonomisation reconnaît que les individus comprennent leurs propres besoins mieux que quiconque. Chacun possède des atouts sur lesquels bâtir et, l'expérience personnelle et le savoir sont valides et utiles pour exercer son pouvoir et améliorer ses conditions de vie (Arole et al., 2004). Il est alors

important de se demander ce qu'est la « *communauté* » dans ce contexte de pouvoir communautaire.

Community (communauté)
Selon Raeburn et Corbett (2001), il y a plus de 100 définitions de la communauté. Nous retenons ici que la « *communauté* » est un groupe important de personnes vues dans leur cadre de vie ordinaire de tous les jours. Ces personnes partagent soit un lieu commun et des liens sociaux réels ou potentiels et/ou des objectifs dans cette localité, soit elles ont un autre facteur de liaison (autre que la localité) qui leur donne un sentiment de communauté et d'appartenance. La localité reste un élément important quand il s'agit pour les individus de s'organiser pour prendre le pouvoir à partir de leurs vécus et des facteurs de liaisons qui les unissent.

Empowerment (autonomisation)
Le terme anglais « empowerment » n'a pas de traduction immédiate en langue française. Plusieurs traductions ont été proposées, telles que : « *habilitation* », « *autonomisation », « empouvoirement », « empouvoirment »,* « *appropriation du pouvoir* », « *pouvoir d'agir* », « *pouvoir d'agir et de réfléchir* », « *réappropriation du pouvoir* », « *pouvoir d'influence* », « *responsabilisation* », « *capacitation* », etc. Ces traductions évoquent des idées parfois très différentes entre elles et il y a des débats quant à la traduction la plus adéquate. De plus, selon les domaines, différentes traductions françaises sont utilisées. Le terme habilitation par exemple, provenant de la langue juridique, a un sens plus restreint et ne s'applique que dans la perspective d'un organisme octroyant de plus grands pouvoirs, et non d'une prise en main par la personne elle-même ou le groupe lui-même. Le terme français recommandé par l'Office de la langue française est l'autonomisation. Et c'est ce terme que nous nous proposons d'utiliser dans ce livre.

On peut également utiliser « autonomisation » dans des domaines connexes comme la pédagogie (autonomisation des élèves) et la psychologie (autonomisation des personnes ayant une déficience intellectuelle) plutôt que d'employer les multiples expressions synonymiques telles que prise en main, prise en charge, renforcement de l'autonomie, etc.

L'autonomisation, peut donc être entendue comme le processus d'acquisition, voire « *d'appropriation du pouvoir* » (Moane, 2003) par lequel un individu, groupe ou la communauté toute entière prend lui-même en charge les questions qui le concernent. En d'autres termes, l'autonomisation représente un « *ensemble d'actions orientées dans le but de générer des niveaux plus importants d'affirmation, de compétences, d'habilités et d'attitudes qui permettent aux personnes d'exercer le pouvoir à différents niveaux et domaines de la vie.* » (Lee, 2001). Généralement, on peut se référer à la notion d'autonomisation « à la fois comme théorie, cadre de référence, plan d'action, but, idéologie, processus, résultat (Hawley & Mc Whirter, 1991) ou conséquence (Gibson, 1991) ». Avec cette dimension pluraliste de l'autonomisation, on peut aborder les questions de recherche à différents niveaux individuel, social et communautaire et selon différentes perspectives psychologique, organisationnelle, sociale, éthique, communautaire et politique (Gibson, 1991). Par ailleurs, l'autonomisation peut être comprise aussi comme la redistribution du pouvoir par les dominants vers les dominés. Cependant, Malek (2013) explique que cette compréhension de l'autonomisation peut en réalité s'avérer être du dés-autonomisation. Son raisonnement suit la logique que le rôle approprié de la personne, du groupe ou de la communauté est de partager, et non de transmettre ou d'imposer. L'individu, le groupe ou la communauté doit

prendre ses propres décisions, de sorte que les membres puissent développer et faire l'expérience de leur propre pouvoir. Au sens sociologique, l'autonomisation « *concerne la plupart du temps des groupes que des processus de discrimination sociale ont exclu de la prise de décision au travers – par exemple – de discrimination basée sur le handicap, la race, l'ethnicité, la religion ou le genre* » (Freire, 1994). L'autonomisation renvoie donc à des caractéristiques individuelles comme le sentiment de compétence personnelle, de prise de conscience (Kieffer, 1984) et de motivation à l'action sociale (Rappaport, 1987). Il s'agit d'un processus par lequel l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle (Eisen, 1994). Sur un plan psychologique, l'autonomisation se traduirait ainsi par un sentiment de confiance en sa capacité ou « claiming power » (et la perception du degré de réalisation que l'on en a). Il s'agit d'un processus par lequel l'individu découvre ses propres sources de pouvoir sur la base de son expérience et de son action, lui-même édifié sur la base du développement personnel, de la participation et de la capacité d'organisation et d'appui ou de soutien mutuel au groupe. L'autonomisation psychologique est donc « nécessaire mais insuffisante pour l'accomplissement de transformations et de changements de niveau social ou collectif » (CESAF, 1998), car celle-ci n'est envisagée qu'au niveau individuel. Elle peut, selon Rappaport (1987), devenir un objectif implicite, en s'appuyant sur des composantes essentielles que sont la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique (conscience individuelle, collective, sociale et politique). Un processus proactif peut ainsi être engagé lorsque ces quatre composantes sont en interaction (CESAF, 1998). Dans un sens plus large, la Banque mondiale (BM) envisage l'autonomisation comme « un accroissement de la liberté de choix et d'action » soit « l'augmentation de

l'autorité et du contrôle d'une personne sur les ressources et les décisions qui affectent sa vie » (Banque mondiale, 2002). Sur cette base, la BM précise : « Les choix des personnes pauvres sont extrêmement limités, tant par leur manque de possessions que par leur impuissance à négocier de meilleures conditions pour eux-mêmes avec une série d'institutions, formelles ou non. Ainsi, dès lors que l'impuissance est ancrée dans la nature des relations institutionnelles, dans un contexte de réduction de la pauvreté, une définition institutionnelle de l'autonomisation est appropriée. Dans un tel contexte, dit la BM, l'autonomisation relève, pour les personnes pauvres, de l'accroissement des biens et des aptitudes à participer, négocier, influencer, contrôler et avoir de l'emprise sur les institutions responsables d'une incidence sur leur vie. Le défi est dès lors d'identifier les éléments clés de l'autonomisation qui réapparaisse à de nombreuses reprises au travers de contextes sociaux, institutionnels et politiques. Généralement, les stratégies visant l'autonomisation des individus, groupes ou communautés partagent souvent les quatre éléments suivants (Banque mondiale, 2002) :

- L'accès à l'information ;
- L'inclusion et la participation du type développement communautaire ;
- La responsabilisation, qui permet aux concernés d'exercer le pouvoir sous la supervision des acteurs externes ;
- La capacité organisationnelle locale.

Ainsi, dans une perspective politique, l'autonomisation est « *un processus par lequel des groupes privés de leurs droits œuvrent pour changer des politiques et des structures oppressives et répondre à leurs besoins* » (Malek, 2013) ou, en d'autres termes, « … *le résultat qui permet de changer les structures actuelles et les relations*

de pouvoir entre les diverses instances, les intervenants et les individus » (Sherwin, 1992). L'expérience a démontré que les programmes qui associent la population à leur gestion ont souvent mieux réussi que d'autres (CESAF, 1998), ce qui peut amener également à se pencher sur la notion d'autogestion. Toutefois, sur ce plan en particulier, il est important de souligner que la notion d'autonomisation est investie et reprise par différents courants, y compris certains ayant des visions opposées : des minorités discriminées aux courants conservateurs, jusqu'à ladite « 3ème voie » de Anthony Giddens (2002). Ainsi, comme le précise Marie-Hélène Bacqué, la notion a voyagé du Sud vers le Nord et sous l'effet de l'institutionnalisation (sa reprise au sein de grandes institutions comme la Banque mondiale ou l'ONU), elle a perdu de sa dimension radicale. Pis, depuis les milieux libéraux (et notamment dans la foulée de l'ouvrage de Peter L. Berger & Richard John Neuhaus (1977), largement repris par les « think tanks » conservateurs états-uniens), la notion est utilisée pour justifier les politiques de laisser faire auprès des populations les plus démunies, au motif qu'elles sont à mêmes de développer seules des stratégies d'autonomisation.

On distingue à l'autonomisation trois niveaux d'analyse et de pratique que sont l'individuel, l'organisationnel et le communautaire avec une interaction entre ces différents niveaux de sorte que l'autonomisation communautaire implique l'individuelle et l'organisationnelle (Israel et al., 1994 ; Laverack & Wallerstein, 2001 ; Mattesich & Monsey, 1997).

L'autonomisation individuelle ou psychologique réfère à l'émergence d'un sentiment de pouvoir personnel et d'efficacité et à la construction de forces telles que la créativité, l'affirmation de soi, etc. (Angelique et al., 2002).

Par exemple, le fait d'entreprendre des actions pour améliorer ses conditions de vie peut amener ce sentiment de pouvoir. Il s'agit également de la force personnelle de refuser l'oppression et de combattre son intériorisation (Lee, 2001).

L'autonomisation organisationnelle quant à elle, renvoie à l'établissement de liens particuliers ou de soutien, de solidarité, de valorisation de la diversité, de résolution de conflits et la conscience d'appartenance à une communauté exprimée par le fait de prendre part activement à des activités communautaires (Moane, 2003). L'expression de cette forme d'autonomisation est ainsi faite par des groupes d'appartenance tels que des groupes de conscientisation et d'actions collectives. Lorsque les personnes vivant les mêmes situations d'oppression se retrouvent entre elles, l'occasion est plus favorable pour discuter librement de leurs conditions et d'avancer dans leur réflexion. Le fait de prendre part à ce genre de groupe leur permet également d'entreprendre et d'organiser des actions, ce qu'elles auraient plus difficilement fait sans les ressources et le soutien disponible dans le groupe. Ces différents processus permettent de limiter les dommages personnels causés par l'oppression.

L'autonomisation communautaire. Elle correspond au moyen par lequel des communautés augmentent leur pouvoir collectif. L'autonomisation communautaire suppose qu'avec un soutien approprié, les individus et les communautés peuvent gérer leurs propres problèmes (Lévesque, 2002 ; Ninacs, 2003). Pour Arole et al. (2004), la communauté a une meilleure santé quand les professionnels encouragent les talents et les initiatives de celle-ci, travaillent ensemble pour élaborer les objectifs selon son potentiel et se débattent face aux problèmes auxquels elle doit faire face. Les interventions

communautaires devraient ainsi viser l'auto-efficacité par laquelle les individus sont rendus capables de choisir leurs propres objectifs, trouver leurs propres solutions et organiser leurs propres programmes. Ce qui implique de partir des préoccupations de la communauté et les impliquer effectivement dans tout le processus d'élaboration et de mise en œuvre des interventions. Cette forme d'autonomisation consiste à faire des actions pour un changement social. Elle vise l'efficacité politique, et l'intention, pour les groupes sociaux détenant moins de pouvoir, de s'approprier ce pouvoir en s'engageant dans une cause sociale (Moane, 2003). Le fait d'émettre des revendications et d'entreprendre diverses actions en ce sens (contestations diverses, boycott, affirmation, etc.) constitue une forme d'autonomisation communautaire. Cette implication suit tout un processus bien codifié, parlant de l'autonomisation communautaire.

Le processus d'autonomisation communautaire

L'accompagnement d'individus, de communautés ou de groupes en état d'absence de pouvoir (*powerlessness*) pourrait nécessiter un processus particulier rapporté par Fortin-Pellerin (2005). Ce processus s'avère nécessaire surtout quand les individus et les groupes discriminés ne sont pas disposés à s'engager dans le changement social avant d'avoir acquis des ressources, bâti des habiletés et vécu des expériences pour exercer le pouvoir (Moane, 2003). Le démarrage de l'action d'autonomisation va être pour les individus opprimés d'agir sur leur milieu de vie à l'intérieur de leur situation contraignante (Freire, 1994).

La première étape de ce processus est dénommée « *l'ère de l'entrée* » où les gens font l'expérience d'une injustice et la ressentent vivement (Kieffer, 1984). Ces événements déclencheurs sont identifiés comme des facteurs concrets

agissant comme catalyseur pour entamer le processus d'autonomisation (Lord et Hutchison, 1993). Par exemple, des femmes dans une entreprise peuvent voir des collègues masculins plus jeunes accéder plus rapidement qu'elles à des postes de décisions dans leur organisation de travail. Elles peuvent ressentir de la colère vis-à-vis d'une situation où elles constatent que des idées émises par des hommes lors d'une assemblée syndicale sont mieux reçues que celles émises par des femmes.

La deuxième étape, « *l'ère de l'avancement* », est celle où, à travers le dialogue et l'action, ces personnes opprimées et qui en ont pris conscience, en viennent à développer une analyse plus large (Freire, 1994) dans laquelle des relations de soutien et de mentorat avec les pairs d'une organisation s'établissent et permettent une meilleure compréhension des forces sociales et politiques (Kieffer, 1984).

La troisième étape, « *l'ère de l'incorporation* », est celle où l'analyse et l'action évoluent tout en se confrontant à des obstacles. L'analyse peut se faire de plusieurs façons : les personnes opprimées apprennent les unes des autres, prennent connaissance des expériences vécues dans d'autres contextes, peuvent renforcer leurs capacités pour mieux comprendre le phénomène et comment s'organiser pour s'en sortir, etc. Elles mettent alors en place des actions dans le but d'améliorer leurs conditions. Malgré leurs efforts, elles peuvent se buter à divers obstacles. Dans l'exemple des femmes d'une entreprise, leurs patrons peuvent prétexter constamment d'une absence de ressources pour l'installation d'une garderie en milieu de travail qu'elles souhaiteraient avoir. Elles peuvent essuyer moqueries et insultes de la part de certains collègues masculins.

La quatrième étape est « *l'ère de l'engagement* » où les ressources de soutien au sein de leur organisation aident les personnes opprimées à travailler avec la confrontation de l'étape précédente (Kieffer, 1984). Ces personnes laissent finalement de côté tout découragement de départ, reconnaissent la valeur de leurs initiatives et s'encouragent entre elles. Elles décident de persister dans leurs efforts et de réfléchir sur leurs actions et leurs résultats. Elles développent alors des stratégies afin de jouer un rôle politique et social plus important qu'elles ne le faisaient auparavant (Serrano-Garcia, 1984). A cette étape pourraient apparaitre des actions de résistance et de contestation de tout genre dans le souci de se faire entendre pour un changement de situation.

Il nous semble important de revenir ici sur le rôle du professionnel de promotion de la santé pour un aboutissement heureux de ce processus d'autonomisation communautaire.

Le rôle du professionnel de promotion de la santé dans le processus d'autonomisation communautaire

Comme l'a signalé Boyte (1989), l'autonomisation communautaire dans sa forme « *contrôle ou maîtrise communautaire* » n'a pas besoin d'accompagnement de professionnels. La communauté est à ce moment-là capable de se prendre en charge et de faire face à toutes ses difficultés dans le cours de l'action visant son développement. L'étape à laquelle le professionnel de promotion de la santé a un rôle à jouer est celle, dans le processus d'autonomisation, où des populations qui sont encore dans une situation d'absence totale de pouvoir (*powerlessness*) et qui ont besoin d'un « *déclencheur* » (interne ou externe), ne sont pas encore arrivées à s'organiser pour initier une action (Wallerstein & Bernstein,

1994). C'est dans ce cadre que le professionnel de promotion de la santé se doit de jouer un rôle, tout en ayant présent à l'esprit l'objectif d'autonomie et du pouvoir à conférer à la communauté partenaire. En cela, Arole et al. (2004) conseillent que les professionnels de promotion de la santé s'engageant dans le processus d'autonomisation se doivent d'abord et avant tout de considérer leur rôle qui ne sera plus celui traditionnel de « *provider* » (pourvoyeur), mais plutôt celui de « *enabler* » (facilitateur).

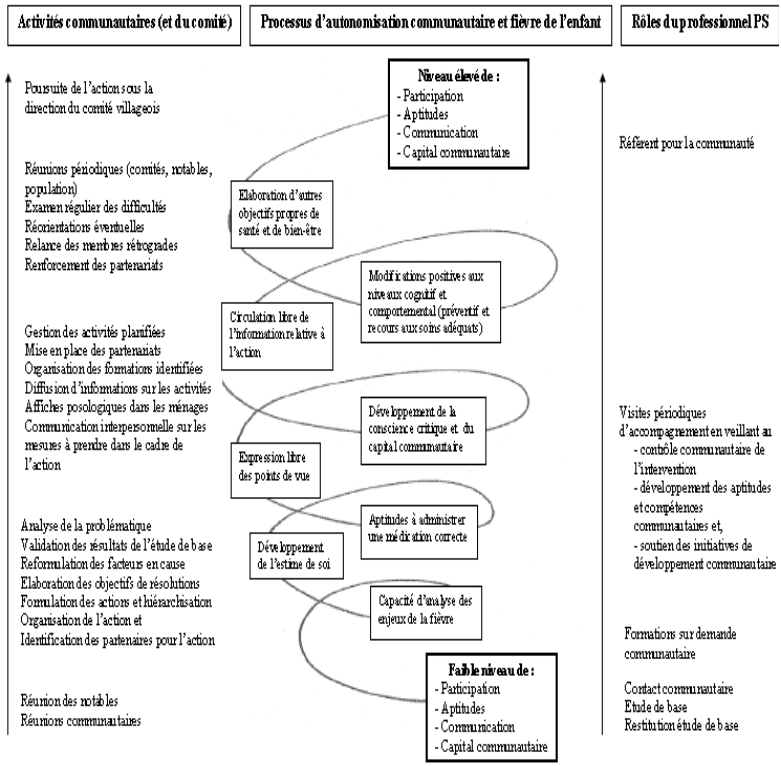

Figure 1.1 : *Processus d'autonomisation communautaire et participation des parents dans la lutte contre le paludisme de l'enfant et rôles du professionnel de promotion de la santé*

Dans la figure 1.1 de la page précédente Houéto (2007) résume une de ses interventions ayant porté sur le paludisme de l'enfant au Bénin, montrant, à l'aide d'une spirale, l'expansion continue de la communauté, passant d'un niveau bas de pouvoir à un niveau très élevé, pendant que le professionnel devient progressivement « *invisible* », remettant le pouvoir entre les mains de la communauté.

La figure 1.2 à la page suivante montre le rôle de la communauté en ce qui concerne ses compétences dans l'action pendant que le professionnel de promotion de la santé prend de la « *distance* » en gardant un rôle de référent. Houéto (2007) compare le rôle du professionnel de promotion de la santé à l'utilisation de la manivelle (*le principe de la manivelle*) pour le démarrage des voitures au début des années 1960 où la manivelle est un déclencheur/facilitateur dont l'action est ponctuelle laissant la suite de la marche de la voiture entre les mains du conducteur. Ce rôle de référent est appelé, avec le temps, à s'estomper comme le souligne Boyte (1989). Selon McFarlane et Fehir (1994), le temps nécessaire pour que la communauté prenne cet envol total pourrait être de l'ordre de deux à cinq ans. Nous pensons, en ce qui nous concerne, que ce temps dépendra aussi de trois choses : du niveau initial de *powerlessness* de la communauté, de sa volonté de changer sa situation et sa qualité de vie et de la force du rôle du professionnel de promotion de la santé mettant réellement le pouvoir entre les mains de la communauté (Raeburn & Corbett, 2001). Selon Arole et al. (2004) et Raeburn et Rootman (1998), le rôle du professionnel de promotion de la santé pour atteindre cet objectif devra se situer dans la logique d'un accompagnateur et un conseiller qui favorise le contrôle communautaire à travers trois lignes d'action : 1. Veiller à ce que les interventions (ou programmes) de santé s'inscrivent dans le cadre de la santé et du bien-être global

des populations concernées, tout en visant un contrôle communautaire dès leur élaboration ; 2. Soutenir les initiatives de développement communautaire qui concourent à l'amélioration de la qualité de vie des populations partenaires ; 3.Veiller au développement des compétences et aptitudes communautaires.

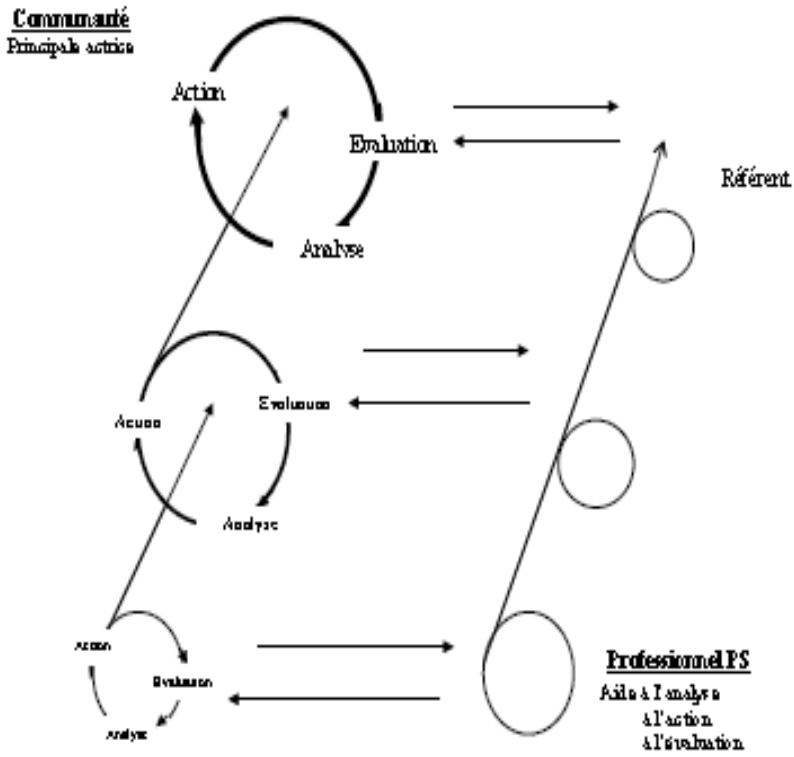

Figure 1.2 : *Représentation du rôle de la communauté et du professionnel de promotion de la santé dans le processus de l'action basé sur l'autonomisation :* ***le principe de la manivelle*** *(Houéto, 2007)*

La participation communautaire et le processus d'autonomisation

Au cœur de la notion d'autonomisation se trouve celle de la « participation communautaire ». L'OMS déclare qu'« il paraît presque réactionnaire aujourd'hui de proposer une stratégie de développement qui ne fasse pas appel à la participation » (OMS, 1991). Cependant, force est d'observer encore de nos jours que le terme « participation communautaire » connaît de multiples interprétations qui n'amènent pas toujours à lui donner sa réelle signification (Raeburn & Corbett, 2001). Pissarro et al. (2000) interprètent la notion de participation communautaire en distinguant deux types, à savoir la participation en tant que moyen et la participation en tant que processus.

La participation en tant que moyen s'utilise dans une logique utilitariste qui donne plus d'importance aux résultats obtenus qu'à l'acte même de participation. Il s'agit d'une mobilisation rapide pour entreprendre une tâche et une fois l'ouvrage achevé la « participation » est abandonnée. Il y a peu d'espoir de durabilité dans ce type de participation qui pourrait être considérée comme une exploitation des communautés à des fins « égoïstes » des intervenants (Fournier et al., 1995).

La participation en tant que processus contribue au renforcement du pouvoir de la communauté. Elle doit amener à ne plus « *faire pour* », mais « *faire avec* » les populations dans une participation-négociation à tous les niveaux de la démarche (Laverack & Wallerstein, 2001 ; Okanurak & Ruebush, 1996). Sous cet angle, la participation communautaire conduit à l'autonomisation qui va permettre aux individus et aux communautés de « prendre le pouvoir » et d'être réellement acteurs de la transformation de leur vie et de leur environnement

(Raeburn & Corbett, 2001 ; Robertson & Minkler, 1994). La participation s'avère ainsi le véhicule de la prise en charge, de l'autonomisation et de l'expression de la culture et des valeurs (Lévesque, 2002). Comme nous le verrons plus loin, ces trois processus se révèlent incontournables dans la gestion de la problématique de la maladie et des problèmes de santé de l'individu et de la communauté. L'enjeu est ainsi de transformer une population « *objet de tous les soins* » en « *habitants sujets de leur propre devenir* ». C'est donc une démarche inter-partenariale qui permet aux habitants d'occuper une place centrale dans les échanges entre les professionnels, les non-professionnels et les pouvoirs publics (OMS, 2002).

Le schéma classique de relation entre les professionnels et la population en est « bouleversé » (Pissarro et al., 2000). Ce sont les « demandes » de la communauté qui détermineront l'appui des professionnels (de la santé), ce qui amène les membres à mieux apprendre l'adoption de nouvelles pratiques et comportements à travers cette valorisation de soi ainsi que le pouvoir de décision que leur procure ce processus. Le dialogue qui s'établira entre les professionnels et la communauté sera horizontal et non plus vertical. Dans un dispositif comme celui-ci, les professionnels (de la santé) ne possèdent plus un rôle central, mais « sont les ressources pour la prise de conscience et la reprise en main de sa destinée par la communauté » (Okanurak & Ruebush, 1996 ; Raeburn & Corbett, 2001).

La participation dont il est question dans le processus d'autonomisation ne se limite pas uniquement à la communauté. Les communautés partenaires seront aux côtés des professionnels de la santé, mais également les professionnels des autres secteurs - qui ont une place pas des moindres -, pour le renforcement et la performance des

initiatives destinées à améliorer la santé. Il revient alors au secteur de la santé de mobiliser, d'informer et d'apporter un appui aux autres secteurs afin qu'ils jouent le rôle qui est le leur dans le développement sanitaire. Cette forme de participation au niveau central du système national de santé requiert l'appropriation par l'État du rôle de coordination et de réglementation de l'action sanitaire (la *santé dans toutes les politiques*).

Si nous revenons à la participation de la communauté, il y a eu dans la région africaine énormément d'expériences en la matière pour lesquelles les systèmes sanitaires ont développé une certaine « *réticence* », car ces expériences n'ont apporté qu'amertume entre les parties prenantes. Les exemples des comités de gestion de Commune et de Sous-préfecture (COGEC, COGES) au Bénin dans le cadre de la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (IB) en sont une illustration pertinente. Les professionnels n'ont en conséquence aucune envie d'en entendre parler à nouveau. C'est du domaine du connu et vécu.

Ce n'est pas évidemment de ces formes de participation que nous voulons parler. La participation communautaire qui produit des résultats et dont il est question en promotion de la santé est celle qui ne maintient pas le pouvoir entre les mains des professionnels comme cela a été le cas dans ces expériences de gestion des centres de santé au niveau communautaire. Nous choisissons de présenter la participation communautaire sous trois de ses formes les plus utilisées, en dehors de celles présentées ci-dessus. Le point commun entre les différentes formes de présentation est que la participation communautaire qui marche véritablement est celle-là qui donne le pouvoir aux populations (Metzler et al., 2007 ; Raeburn & Rootman, 1998). Même à ce niveau, il faut faire attention et distinguer trois volets qui seront toujours nécessiares pour

espérer obtenir de resultats. Les trois formes de participation en question sont : la participation à base communautaire ; l'action communautaire et ; le développement communautaire.

La participation à base communautaire

C'est le plus faible niveau de participation des communautés à l'action sanitaire. L'action est faite au niveau de la communauté et plus précisément dans des entités bien définies de celle-ci (ex. dans un centre de santé, un groupement de femme, une école, etc.). En réalité, l'action est '*faite pour*' cette communauté avec, à peine, la tentative de l'impliquer véritablement plutôt que la simple collaboration puis la consommation par la communauté de l'action (Raeburn & Corbett, 2001).

L'action communautaire (AC)

C'est le niveau moyen de participation des communautés à l'action sanitaire. Elle comprend au moins quatre sous-catégories dont chacune représente des degrés variés d'effort d'avoir un input communautaire dans le processus de promotion de la santé. Cependant, toute la planification reste prioritairement sous le contrôle des professionnels sans pour autant favoriser l'appropriation de la communauté de l'intervention afin d'en être la responsable au terme de l'étape de projet. Dans chacun de ces cas, l'utilisation de la participation communautaire semble instrumentalisée pour aider à des fins désirées par les professionnels. Par exemple, pour la réduction de la prévalence des accidents de la voie publique dans une communauté, l'accent est mis sur des activités (port du casque et de ceinture de sécurité, réduction du parc des véhicules à deux roues, etc.) pour lesquelles les individus ont du mal à se faire une idée des raisons qui les sous-tendent). Les quatre sous-catégories de l'action communautaire sont :

- ⇨ AC1 : Les professionnels consultent, discutent et analysent les besoins et l'action à mener avec la collaboration des services à base communautaire comme les écoles, les organisations non gouvernementales (ONG), les travailleurs sociaux, etc. ;

- ⇨ AC2 : Les professionnels consultent, discutent et analysent les besoins et l'action à mener avec la collaboration directe des populations dans les communautés à travers, par exemple, des représentants de celles-ci ;

- ⇨ AC3 : Des agences et/ou personnes de la communauté ont un certain degré de contrôle décisionnel et organisationnel sur la nature et la mise en œuvre du projet ;

- ⇨ AC4 : Il est établi un partenariat, avec une égale répartition du pouvoir de contrôle décisionnel et de mise en œuvre entre les professionnels et la communauté. Elle est considérée comme une entité unique et son intérêt est également pris en compte dans le processus du projet.

L'action communautaire est ainsi très proche du « développement communautaire » que nous verrons dans le sous-chapitre suivant. Cependant, la direction du projet, le contrôle et les priorités demeurent entre les mains des professionnels. Par ailleurs, dans un tel type de participation communautaire, il n'y a pas un programme clair de renforcement des capacités de la communauté ou de son développement qui est mis à l'agenda du projet.

Le développement communautaire

C'est le niveau le plus élevé de participation communautaire. Il comprend 3 composantes fondamentales que sont : le contrôle communautaire, le renforcement des capacités de la communauté et l'édification communautaire. Comme c'est là la forme de participation que doit viser toute action de santé et de développement, nous allons les développer plus en détails.

- ⇨ **Le contrôle communautaire.** Par contrôle communautaire de l'intervention, il faut comprendre que :
  - les professionnels ont peut-être eu l'idée du projet ou, au meilleur des cas, ce sont les communautés elles-mêmes qui en ont jeté les premiers fondements ;
  - cependant, le pan le plus important du pouvoir de décision et d'action dans le projet est clairement avec la communauté. On dira donc que l'intervention est sous le contrôle communautaire.
  - les professionnels sont simplement des facilitateurs, des conseillers techniques, des éclaireurs, donnant des conseils sur, par exemple, comment mener une enquête ou comment faire le point financier à présenter au partenaire financier.

Ce processus, permettant à la communauté d'avoir le pouvoir et de l'exercer par elle-même, est un des aspects cruciaux pour le processus d'autonomisation comme nous l'avons vu un peu plus haut.

- ⇨ **Le renforcement des capacités.** Il s'agit du développement des connaissances et des aptitudes/compétences de la communauté. Il se base, comme nous l'avons déjà vu, sur ce que les

populations possèdent comme ressources, leurs besoins de connaissances et de pratiques. Il y a certainement des choses très bien dans la communauté comme également des choses compromettantes pour leur santé et leur développement. Il faut toutes les recenser et les travailler une à une avec l'accord de la communauté. Le renforcement se fera sur la base : des aptitudes d'apprentissage des populations ; la confiance en elles, en considérant leurs façons de faire les choses ; l'influence qu'elles peuvent avoir sur les politiques ; chercher à faire la différence avec la façon traditionnelle de collaboration communautaire à travers le questionnement permanent des populations sur le type de collaboration qui leur permet de mieux s'exprimer et de libérer leur plein potentiel pour l'action ; savoir voir les résultats de leurs efforts, et donc les encourager souvent, etc.

Cette forme de renforcement des capacités est très proche du concept d'autonomisation, mettant les populations au centre de l'action et leur apportant les « briques » une à une selon les besoins de celles-ci pour l'édification de leur communauté.

- ⇨ **L'édification communautaire.** Quel que soit le type d'intervention dans une communauté, si l'on a cherché les déterminants du problème ayant conduit à sa mise en œuvre, et que la résolution est basée sur ces déterminants, alors l'on se rendra compte que cette intervention visera l'édification de ladite communauté. Comme ce sont les populations elles-mêmes qui sont auteurs de leur propre développement, le rôle du professionnel de la santé ici est crucial pour aider à ce développement ou

> plutôt détruire cette potentialité qu'ont les populations. Dans le dernier cas de figure, les populations rentreront dans un cycle permanent de perpétuel recommencement sans jamais avoir un décollage malgré la taille et l'importance des partenaires dits de développement qui les accompagnent. Les exemples de ce cas de figure sont légions dans la région africaine. Voici à quoi le professionnel de la santé doit plutôt s'atteler pour aider à cette édification communautaire : il basera son action sur tout ce qui peut aider la communauté à être unie pour pouvoir travailler ensemble pour leur bien-être commun. Pendant donc que le professionnel laisse le centre de l'action à la communauté, lui ne croise pas les bras, mais travaille à renforcer leur capacité à mieux le faire à travers le développement : de la cohésion sociale ; du soutien mutuel ; du réseautage ; de la conscience critique ; de la coopération et ; de toute sorte d'action visant la qualité de vie de la population.

Comme nous l'avons vu un peu plus haut déjà, la participation en soi est insuffisante pour amener à l'appropriation d'un projet si elle ne conduit pas à l'autonomisation (Lord, 1993 ; Wallerstein, 2006). Elle permet de se rendre compte que les populations ont la capacité d'assurer ce rôle d'appropriation d'un projet et de pouvoir continuer surtout que le professionnel a consacré tout son temps à développer dans la communauté cette capacité à le faire au lieu de s'occuper, comme c'est le cas traditionnellement, de tout faire à sa place. Cette forme de participation nous a amené à faire la comparaison avec la manivelle pour démarrer les voitures, pratiques qui avait encore cours jusqu'au début des années 1960 dans la région africaine. Nous l'avons appelé « Le Principe de la Manivelle » (voir figure 1.2). L'action se met en place avec

l'intention d'aider la communauté à grandir et à s'autonomiser. Le professionnel met en place tout ce qu'il faut et devient un référent que la communauté consulte de temps en temps au passage pour la suite de l'action qui s'inscrit ainsi dans le temps.

Le partenariat que suppose cette notion de participation-autonomisation fait émerger des actions de plaidoyer que nous allons aborder à présent.

Le plaidoyer et le partenariat

Le plaidoyer est « une combinaison d'actions individuelles et sociales destinées à assurer l'engagement politique, l'appui des pouvoirs publics, l'acceptation sociale et l'appui des systèmes en faveur d'un objectif ou d'un programme sanitaire donné ». C'est tout effort visant à influencer les responsables politiques et les décideurs à tous les niveaux, à lutter en faveur des changements sociaux, à transformer les perceptions et attitudes du public, à changer les comportements ou à mobiliser des ressources humaines et financières (Lasher, 2001).

L'objectif du plaidoyer est ainsi, dans le cadre du secteur de la santé, d'aider à la création de conditions nécessaires à la lutte contre les conditions déterminant la mauvaise santé. Dès lors qu'on engage une intervention dans une vision basée sur les déterminants sociaux de la santé, le plaidoyer devient un outil incontournable. Car il permet de s'attaquer aux racines profondes des facteurs identifiés à la base de la problématique en cause afin d'obtenir des changements à long terme. Le plaidoyer considère les individus comme des agents de changement dans leur propre communauté et a recours à leur expertise et, de ce fait, peut aider à générer davantage de ressources pour s'occuper d'autres aspects également impliqués dans la genèse de la problématique en

cause (Gordon, 2002). Pour ce faire, le plaidoyer utilise plusieurs méthodes parmi lesquelles le « lobbying », la sensibilisation, le marketing social, l'information, l'éducation et la communication (IEC), la mobilisation communautaire ou autres (Sharma, 1997).

Quant au partenariat, il est une entente de collaboration en vertu de laquelle les parties concernées accomplissent ensemble un objectif qui profitera à tous (Frank & Smith, 2000). Quand on considère les interventions en matière de la lutte contre la maladie, par exemple dans une vision biopsychosociale, le partenariat devient partie intégrante des actions à planifier, à cause des nombreux avantages qu'il implique. Le partenariat permet, entre autres, de trouver des solutions créatrices, d'élargir la diversité, d'envisager des approches qui touchent à tous les aspects possibles de la maladie. Il contribue ainsi, par la délégation et le partage du pouvoir, à améliorer le rendement des activités de l'intervention de contrôle. Il est difficile de le séparer du plaidoyer pour lequel il constitue la principale finalité. Se basant sur les acquis des uns et des autres, le partenariat permet d'éviter le chevauchement ou la fragmentation et d'aller à des résultats synergiques. Il doit s'établir à tous les niveaux dans le but de rassembler autour d'un même objectif toutes les parties prenantes de la lutte contre la maladie.

L'autonomisation et ces différentes implications ainsi définies nous semblent d'une très grande utilité pour les contextes à ressources limitées et en particulier l'Afrique subsaharienne. Il faut reconnaitre cependant que les notions d'autonomisation, de participation communautaire, de plaidoyer et de partenariat sont pourtant connues et exploitées dans la région. Toutefois, si son application a été largement répandue dans la région, il n'est pas moins vrai que les formes appliquées n'ont pas été véritablement

autonomisantes (Houéto et al., 2007). C'est l'une des raisons pour lesquelles il était important de développer ces notions dans ce livre afin d'aider le professionnel de la santé dans le contexte africain plus spécifiquement à améliorer ses pratiques pour le bien-être complet des populations.

CHAPITRE 2. : LA PROMOTION DE LA SANTÉ SELON LES CONTEXTES

John McKnight (1987), un penseur américain influent de la santé communautaire, a écrit que « *les universités apprennent à travers les études, les institutions apprennent par les rapports et les communautés apprennent à travers les histoires* ». Bien que la distinction entre ces trois approches de la connaissance soit plus floue qu'on pourrait penser, les expériences de la vie demeurent l'un des moyens les plus puissants que nous avons conçus pour partager la sagesse. L'écoute des témoignages des expériences des membres de la communauté est également un point de départ fondamental dans l'approche de la promotion de la santé utilisée dans ce livre. Une histoire, de ce fait, semble une manière appropriée pour introduire certaines des caractéristiques des pratiques « autonomisantes » de promotion de la santé et les engagements personnels qu'elles exigent.

Le professionnel de la santé comme un activiste politique

En 1847, la province prussienne de la Silésie était ravagée par une épidémie de typhoïde. Parce que la crise menaçait la population des mineurs de charbon dans la région et donc l'économie, le gouvernement prussien a recruté un jeune pathologiste, Rudolf Virchow, pour étudier le problème. Ses employeurs imaginaient que Virchow reviendrait avec les recommandations en vogue en ce moment-là : un air un peu plus frais, un peu plus d'eau potable fraîche. Mais Virchow avait beaucoup plus à dire sur la situation.

Il avait passé trois semaines en début de l'année 1848, pas pour étudier les statistiques désincarnées ou les rapports administratifs, mais vivant avec les mineurs et leurs familles. Un des premiers points qu'il a formulés dans son rapport au gouvernement prussien était que la typhoïde n'est que l'une des nombreuses maladies qui affligeaient les mineurs de charbon. C'est le premier parmi tant d'autres, telles que la dysenterie, la rougeole et la tuberculose. Virchow se référait à ces maladies comme « artificielles » pour souligner que, alors qu'elles étaient causées « naturellement » par une bactérie particulière, leurs taux épidémiques en Silésie sont déterminés par les mauvaises conditions de logement, de travail, une alimentation pauvre et un manque d'hygiène parmi les mineurs de charbon. Pour Virchow, "*la réponse à la question de savoir comment prévenir les épidémies de typhus en Silésie est assez simple... Si vous voulez intervenir... vous devez démarrer en incitant la population à un effort commun. L'éducation, la liberté et le bien-être ne peuvent jamais être pleinement atteints de l'extérieur... mais seulement de la réalisation du peuple de ses besoins réels*".

Afin de faciliter aux personnes la réalisation de leurs propres besoins, Virchow a proposé un Comité conjoint impliquant à la fois les membres de la population et les professionnels. Ce groupe procédera à la surveillance de la propagation de la typhoïde et des autres maladies tout en organisant des coopératives agricoles alimentaires pour s'assurer que les gens ont suffisamment de nourriture pour vivre. Les solutions de Virchow à l'épidémie de typhus à plus long terme, basées sur ses entretiens avec les mineurs et leurs familles, ont été encore plus radicales, et inclues l'amélioration de la santé et de la sécurité au travail, de meilleurs salaires, une diminution des heures de travail et une autonomie locale et régionale forte. Virchow a soutenu

une réforme de la fiscalité progressive et proposa de retirer le fardeau des taxes des travailleurs pauvres et de le mettre sur « *les nouveaux riches, qui exproprient la grande richesse des mines pendant qu'ils considèrent les silésiens eux-mêmes comme des machines et non des êtres humains* ». Il a également préconisé des formes démocratiques de développement industriel et a même suggéré de recruter temporairement de mineurs au chômage pour construire des routes, rendant plus facile le transport de fruits et légumes frais pendant l'hiver.

Ces recommandations n'étaient pas exactement ce qu'attendait le gouvernement prussien. Ils n'avaient pas recruté Virchow pour la remise en cause de l'économie de l'industrie du charbon et de l'industrie du capitalisme. Virchow n'avait pas la rhétorique de la légitimation de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé. C'était le même cas pour son argumentaire que les secteurs de la santé devaient participer davantage à ces « *préalables de santé de base* » comme « *la paix, le logement, l'éducation, l'alimentation, le revenu, un écosystème stable, la justice sociale et l'équité* » (Organisation mondiale de la santé, 1986). Virchow fut remercié pour son rapport et immédiatement licencié.

À peine une semaine plus tard, à son retour à Berlin, Virchow a rejoint d'autres manifestants des rues qui érigeaient des barricades et manifestaient avec passion pour des changements politiques qu'ils espéraient apporteraient la démocratie, que Virchow croyait essentiel pour la santé. Il a fondé un magazine radical, mais prestigieux, intitulé « *La Réforme Médicale* », dans lequel les écrivains commentaient l'importance du plein emploi, un revenu adéquat, le logement et la nutrition dans la création de la santé. Une décennie plus tard, croyant toujours que l'action politique était nécessaire pour la santé, Virchow est devenu

membre du Conseil Municipal de Berlin et également du Parlement prussien lui-même. Tout au long de ses 20 ans en tant qu'élu, Virchow a fait campagne sans relâche pour obtenir que la maladie soit traitée comme aussi bien un problème social que médical. Il a planifié et mis en place un système d'évacuation des eaux usées à Berlin et a rédigé des lois pour la manipulation et l'inspection des aliments. Il a établi de meilleurs systèmes de chauffage et de ventilation des bâtiments et a introduit le premier service de santé et de programmes d'éducation sanitaire dans les écoles. Il a également fait pression pour améliorer les conditions de travail des professionnels de la santé, particulièrement celles des infirmières.

Pour Virchow, il n'y avait aucune distinction entre un professionnel de la santé et un activiste politique. « *Toute maladie a deux causes,* » écrivait-t-il : « *l'une pathologique et l'autre politique* ». Alors qu'il est largement connu dans les facultés de médecine pour son énorme contribution à la pathologie, Virchow mourut avec la conviction que son travail le plus important était le temps passé avec les mineurs de la Silésie qui a consisté à comprendre comment les conditions sociales peuvent créer la santé ou produire la maladie. Que cette histoire soit du passé permet aussi de voir que notre intérêt actuel pour les aspects sociaux de la santé n'est pas quelque chose de nouveau, mais plutôt quelque chose que nous avons redécouvert (Taylor et Rieger, 1985).

Les leçons apprises du passé

La plupart des maladies qui nous consument de nos jours, tout au moins dans les pays les plus riches, est différente des maladies infectieuses du temps de Virchow. Mais l'histoire de Virchow nous apprend que, infectieuses ou

chroniques, les maladies sont des événements physiologiques qui surviennent au sein et tirent leur sens ou leur importance des contextes sociaux et politiques particuliers.

L'histoire de Virchow préfigure également le rôle important joué par les groupes de citoyens éduqués, autonomisés et organisés pour la création des changements sociaux en santé. La prévalence des maladies infectieuses a diminué considérablement dans les pays industrialisés à la fin du siècle dernier, une transition due en grande partie aux changements sociaux et politiques tels que :

- *L'amélioration de l'assainissement*. De nombreuses maladies infectieuses potentiellement mortelles, telles que le choléra, se transmettent par la contamination de l'eau potable par les eaux humaines usées et infectées. Une fois l'évacuation des eaux usées a été séparée des sources d'eau potable, les maladies d'origine hydrique ont commencé leur déclin.
- *L'amélioration des conditions de vie et de travail*. Les usines du XIXe siècle étaient sales et constituaient des milieux dangereux de travail. L'air congestionné et brumeux dans les villes de métal, de textile et de céramique endommageait les poumons des gens et les rendait plus vulnérables à la tuberculose, l'une des maladies les plus meurtrières du siècle dernier. Comme les normes professionnelles ont été rédigées et appliquées, la santé des travailleurs s'améliora. Les normes du travail et la négociation collective ont graduellement élevé les salaires des travailleurs, raccourci la semaine de travail et éliminé le travail des enfants, tandis que l'éducation du public et un planning d'urbanisme plus efficace ont amélioré les conditions de vie sociale.

- *L'amélioration de la nutrition*. A mesure que les salaires des travailleurs s'amélioraient, ils pouvaient se permettre des aliments plus nutritifs, ce qui a renforcé leur santé physique et leurs capacités à résister à l'infection.
- *La planification familiale*. La période de procréation constante qui était courante il y a cent ans consumait littéralement les corps de beaucoup de femmes. Sans surprise, les enfants qui sont nés plus tard dans les familles nombreuses étaient plus faibles et plus malades que ceux premiers-nés, reflétant ainsi la détérioration des conditions du corps de leur mère. Avec le contrôle des naissances et la planification familiale, sont venues une espérance de vie plus longue, des mères en meilleure santé, des familles de plus petites tailles et des conditions de vie moins encombrées.

Ces changements ne sont pas intervenus aussi aisément qu'on pourrait le penser. Les employeurs s'étaient souvent opposés aux réformes sanitaires et les quarantaines sur les produits importés parce qu'elles réduisaient les bénéfices. Les organisations de la classe ouvrière pour l'amélioration des salaires et de meilleures conditions de travail sont souvent brutalement réprimées par des groupes d'élite dont les intérêts sont contestés. On peut donc affirmer que bon nombre des avantages relatifs à la santé, acquis au 19ème siècle, sont le fruit des efforts conjugués des :

- groupes de travailleurs organisés qui ont lutté pour des salaires plus élevés, des conditions plus sécuritaires et la journée de huit heures ;
- groupes de femmes organisés qui ont lutté pour le droit de vote et le droit de contrôle des naissances ;
- professionnels de la santé publique, qui ont exercé des pressions pour des réformes sociales

progressives et la mise en œuvre de mesures sanitaires et de mise en quarantaine ; et

- réformateurs politiques progressistes, qui ont su insérer ces allégations pour la santé et la justice sociale dans la législation.

Les alliances semblables à celles-là sont nécessaires aujourd'hui pour la création de ce qu'on appelle maintenant « *les politiques publiques saines* » ou « *la santé dans toutes les politiques* » ou, en d'autres termes et par exemple, des réformes législatives dans l'environnement, dans l'économie et le bien-être social qui tiennent compte de leurs incidences sur la santé à court et à long terme. Même là où les préoccupations sont relatives aux modes de vie, tels que le tabagisme ou les abus d'alcool, les changements les plus spectaculaires en lien avec la promotion de la santé ont été le fruit de textes politiques régissant la tarification des produits et leur disponibilité ou des restrictions comme les interdictions du tabagisme en milieu de travail. Ces initiatives de politiques stratégiques découlent généralement de partenariats entre les groupes de défense des citoyens et les professionnels de la santé publique. Lorsque les préoccupations ne se focalisent pas sur les comportements de santé individuels et portent plutôt sur les problèmes de santé plus larges, comme la pauvreté, l'inégalité ou la discrimination, le rôle de l'organisation communautaire et des politiques de plaidoyer devient encore plus important.

Il y a deux autres leçons pour la promotion de la santé qui peuvent être tirées de l'histoire de Virchow. Tout d'abord, Virchow a été consterné par la façon dont la pauvreté des mineurs de la Silésie a induit une sorte d'apathie ou de démission et a reconnu que « *l'incitation de la population à un effort concerté* » n'est pas un travail facile. Alors que les peuples opprimés produisent souvent leurs propres

dirigeants et organisateurs, il y a également un important rôle « extérieur » que les professionnels de promotion de la santé peuvent jouer dans ce processus. Ce rôle pourrait inclure les connaissances spécifiques, des ressources matérielles et financières ou des compétences en organisation de groupes que les professionnels de promotion de la santé pourraient offrir. Par exemple, le professionnel de promotion de la santé pourrait constituer un lien entre les groupes les moins puissants et les plus puissantes institutions publiques, les autorités politiques et économiques. Mais au cœur de ce rôle se situent la motivation et une puissante volonté de changement.

En second lieu, l'argument de Virchow consistant à dire que le problème de la Silésie n'était pas simplement la fièvre typhoïde, mais toute une série de maladies qui ont en commun une étiologie que sont les conditions de vie et de travail des populations, attire l'attention sur une énigme qui caractérise toujours le débat de promotion de la santé. Est-ce une pratique destinée à galvaniser les gens en action autour d'un ensemble spécifique de facteurs de risque associés à une maladie particulière ? Ou est-ce quelque chose de plus large et moins facile à définir qui implique des efforts par les citoyens, les professionnels et les institutions publiques pour rendre plus saines les plus profondes restructurations des conditions sociales, telles que la pauvreté, l'inégalité et l'incapacité ? Cela soulève d'importantes questions sur l'évaluation et la reddition de comptes, par exemple, le rapport de Virchow sur le sort des mineurs de la Silésie qui est tombé dans des oreilles sourdes de politiques. Cela signifie-t-il que son travail n'a pas porté de fruit ? Ou, dans la mesure où il a joué une petite partie en motivant de nouvelles formes d'organisation parmi les mineurs, fournissant un argument puissant de santé aux réformateurs politiques pour leur travail et a servi d'inspiration pour les activistes de la santé publique,

pourrions-nous alors aisément conclure que les travaux de Virchow ont réussi ? En d'autres termes, le processus d'autonomisation qui est au cœur du changement de la promotion de la santé peut être un succès aussi important que le changement lui-même.

Qu'est-ce que la promotion de la santé ?

La promotion de la santé n'est pas une idée nouvelle si on la considère comme tout ou partie des activités qui améliorent la santé des individus et des collectivités. La promotion de la santé, comme une certaine pratique, est cependant plus récente avec son ascension régulière dans le secteur de la santé de la plupart des pays industrialisés suite à la publication révolutionnaire canadienne de 1974, « *Une nouvelle perspective sur la santé des Canadiennes et Canadiens* » (Lalonde, 1974). En suivant la tradition des précédentes mesures de santé publique pour lutter contre la propagation des maladies infectieuses, la promotion de la santé a souligné l'importance des interventions visant à prévenir les maladies et promouvoir le bien-être, plutôt que de compter sur les efforts correctives pour traiter leurs conséquences. Cette insistance, étant donnée le contraste délibéré que beaucoup de ses partisans font à des soins médicaux coûteux, a contribué à donner à la promotion de la santé une légitimité politique (Organisation mondiale de la santé, 2002c). En dépit de sa légitimité, il reste beaucoup de désaccords parmi les écrivains et les praticiens au sujet de ce qu' « *est vraiment* » la promotion de la santé. Ces désaccords sont illustrés par les trois histoires courtes dans l'encadré 2.1.

Encadré 2.1. : Les trois visages de la promotion de la santé

Histoire 1 : Mélanie, l'infirmière éducatrice.

Mélanie est une infirmière éducatrice dans un hôpital d'enseignement important. Elle dirige des groupes de personnes ayant été traitées pour des maladies cardiaques graves. Son enseignement vise à aider ces personnes à comprendre l'importance du respect des soins de suivi (médicaments, bilan de contrôle) et la valeur de la modification de certains modes de vie (tabagisme, alimentation, exercice physique). Les patients (c'est la façon dont elle les considère) suivent son programme pour autant qu'ils sont sous les soins formels de l'hôpital. Le succès pour elle est une indication que les patients se conformeront à leur traitement, qu'ils ont pris rendez-vous avec un centre de santé local après leur sortie de l'hôpital et qu'ils aient eu, comme Mélanie le voit, « du plaisir dans le groupe, étant donné que le plaisir contribue grandement à la guérison. »

Histoire 2 : Thierry, le nutritionniste.

Thierry travaille pour une direction du ministère de la santé de son pays, exécutant les programmes de nutrition et d'activités physiques adaptés aux personnes à faible revenu. Détenant un diplôme universitaire avancé de promotion de la santé, il apprécie la nécessité d'une planification minutieuse de ses programmes : buts, objectifs, activités liées aux objectifs, des résultats mesurables et réalisables dans le temps. Il apprécie également l'importance d'une approche « multifacettes » de promotion de la santé. Il complète ses groupes d'instruction avec certaines actions personnelles de lobbying pour faire des centres d'activité physique un lieu d'accès gratuit aux personnes à faible revenu. Sa grande préoccupation est d'intervenir dès le début, voire même de prévenir l'apparition du diabète, pour

lequel la littérature lui signale être sur le point de devenir une épidémie majeure parmi les groupes « à haut risque ».

Histoire 3 : Pierre, le travailleur social.
Pierre, un travailleur social de formation, fait partie d'une équipe de santé communautaire employée par une organisation non-gouvernementale (ONG) locale de santé. Cette ONG dessert une zone gravement défavorisée. Un groupe s'est formé autour du recours précoce aux services de santé et le manque de sécurité et d'entretien dans les logements sociaux. Pierre est une personne ressource clé dans l'organisation de leur travail. Il cherche à obtenir la formalisation du groupe dans sa structure et la création de meilleures relations avec des groupes extérieurs et d'autres organismes qui ajouteraient une plus-value politique à leurs efforts. Il a également mis sur pied une section locale du mouvement nouvellement créé, "La Société d'Equité en Santé" et a publié quelques articles sur sa démarche d'autonomisation communautaire pour la promotion de la santé dans des revues de praticien.

Dans la pratique, les professionnels de toutes ces trois histoires ont raison en affirmant qu'ils font de la promotion de la santé. La promotion de la santé est une idée qui appartient toujours principalement à des personnes employées dans le secteur de la santé, dans la mesure où elle fournit à ces travailleurs certains modèles conceptuels, la légitimité professionnelle et des ressources programmatiques. Certains de ces travailleurs peuvent être appelés « *professionnels de promotion de la santé* » ou « *agents de développement communautaire* », d'autres encore « *éducateurs pour la santé* », pendant que beaucoup d'autres qui se voient dans le domaine de promotion de la santé occupent des rôles plus traditionnels tels que les infirmières, les visiteurs de la santé, les médecins et les travailleurs sociaux.

Ce que les trois histoires illustrent également, est qu'il est préférable d'envisager la promotion de la santé comme une « *pratique contextualisée* », plutôt que comme une théorie ou approche universelle de la santé. Nous entendons par là que les personnes, en grande partie, employées (situées au sein de) par des agences de l'État ou des organisations non-gouvernementales (ONG) financées par l'Etat, se livrent à des activités ou des programmes qui visent à améliorer ou maintenir la santé des individus et des groupes. De plus en plus, ces activités sont menées avec la coopération de ces groupes et en collaboration avec les personnes qui travaillent dans d'autres secteurs, tant publics que privés. Dans une moindre mesure, les activités se sont élargies pour inclure la modification des politiques publiques qui conditionnent le choix et les comportements des individus ou des groupes. C'est le cas, par exemple, des mécanismes de prix pour réduire la consommation de tabac ou de nouveaux règlements pour rendre les logements plus sains.

En termes généraux, la promotion de la santé décrit la relation entre l'État (qui réglemente les opportunités de santé), les économies de marché (qui créent à la fois des opportunités de santé et des risques pour la santé) et les groupes communautaires (qui, par le biais de choix individuels ou une action collective, influencent à la fois, les économies de l'Etat et de marché, ainsi que leur propre état de santé). Plus particulièrement, la promotion de la santé travaille à créer un changement dans cette relation. Ce changement pourrait être défini comme une conformité croissante du citoyen avec les conseils de santé de l'État en matière d'activités physiques. Ou alors, il pourrait être défini comme l'amélioration de la capacité des groupes marginalisés à exprimer leurs préoccupations afin d'influencer la prise de décision politique. Considérant la promotion de la santé comme une "*pratique contextualisée*", notre souci s'éloigne de tout objectif ou

cible particulier de santé pour aller vers le rôle des professionnels de promotion de la santé à apporter une précieuse contribution à la réalisation de cet objectif ou cible. Mélanie, Thierry et Pierre veulent changer la santé des populations. Mais si nous nous engageons à l'idée que la promotion de la santé est le processus permettant d'accroitre le contrôle des populations sur leur propre santé, nous devons faire attention à la façon dont elles définissent leurs propres objectifs de santé, et comment nous, en tant que praticiens, contribuons à l'atteinte de leurs objectifs. Cela nous amène à considérer deux variantes dans la théorie et la pratique de la promotion de la santé contemporaine.

La promotion de la santé : deux variantes pour un même thème

Si le thème unique de promotion de la santé est de s'assurer que les gens jouissent d'une santé meilleure, il existe deux principales variantes dans la façon dont les théoriciens et praticiens l'interprètent. Andrew Tannahill (1985), un important théoricien britannique de la promotion de la santé, fournit son utilisation classique de ce terme comme « *un domaine d'activités visant l'amélioration de la santé qui se différencie de l'actuel accent dominant mis sur le volet* « curatif », la « haute technologie » *ou les prestations de services de santé* « d'urgence » ». Comme beaucoup d'autres, Tannahill favorise une définition précise de la promotion de la santé, qui insiste sur l'importance de la planification rationnelle par les autorités sanitaires des besoins de santé « objectivement » déterminés au moyen d'une étude épidémiologique. Dans la pratique, cela correspond plus étroitement à nos deux premières histoires, c'est-à-dire l'approche de changement visant des maladies particulières ou le style de vie pour la santé dans laquelle

Mélanie et Thierry se sont engagés. Cette variante de la promotion de la santé, bien qu'utile pour l'accent mis sur la planification, a été critiquée pour avoir omis de tenir compte de risques pour la santé structurellement plus déterminants. Par exemple, les inégalités économiques, la dégradation de l'environnement, les discriminations sociales ou encore pour n'avoir pas capturé les résultats de la qualité de vie pendant que se fondant seulement sur les taux de morbidité et de mortalité.

La deuxième variante représente la direction dans laquelle la promotion de la santé a évolué lentement au cours des vingt dernières années et qui est plus proche du travail de Pierre sur le logement comme un déterminant sous-jacent de la santé. Mais, tout comme la première variante a ses détracteurs, il en va de même de la seconde, en particulier pour sa tendance à opposer les explications médicales et sociales de la maladie, de se tourner vers l'avenir plutôt que de s'occuper du présent et de ne pas tenir compte des processus connus de changement de comportements. Dans le chapitre 3, nous soutenons et illustrons, que les distinctions entre les approches médicales / comportementales et celles sociales de promotion de la santé sont utiles pour l'analyse, mais sont beaucoup plus floues dans la pratique. La deuxième variante considère la promotion de la santé comme un terme plus ouvert et plus discutable qui représente, en partie, la réponse du système de santé aux « défis de connaissance » des mouvements sociaux progressistes des deux dernières décennies, tels que les droits des femmes, la justice sociale et les droits civils (antiracistes).

Nous allons maintenant clarifier le rôle de deux aspects qui sont importants pour notre compréhension de la promotion de la santé, les mouvements sociaux et l'éducation pour la

santé, avant de discuter de l'autonomisation communautaire.

La promotion de la santé et la théorie du nouveau mouvement social

La promotion de la santé a été décrite comme un mouvement social et le terme « *nouveau mouvement de promotion de la santé* » est largement utilisé dans la littérature (Minkler, 1989 ; Stevenson et Burke, 1991 ; Labonté, 1993 ; Robertson et Minkler, 1994). Robertson et Minkler (1994) ont qualifié le « nouveau mouvement de promotion de la santé » d'un changement fondamental dans la façon dont de nombreux professionnels pensent, parlent et écrivent au sujet de la santé. Le terme est souvent discuté dans le contexte du discours des mouvements sociaux. Labonté (1996), décrit la notion de « discours » comme un système de déclarations inter-reliées autour de significations et de valeurs communément admises et résultant elles-mêmes de facteurs sociaux et l'interaction des relations de pouvoir, plutôt que d'idées ou croyances propres à un individu) et est trompeuse car elle masque la bureaucratique et parfois directive nature de la promotion de la santé à l'endroit de la société civile. Pour expliquer ceci, nous soutenons ci-dessous que, bien que la promotion de la santé ne soit pas en soi un mouvement social, elle partage le discours émancipateur de la théorie du nouveau mouvement social (TNMS).

Les mouvements sociaux couvrent un large éventail de sujets tels que les droits des homosexuels, les droits de l'homme, les questions anti-nucléaires et environnementales, les groupes de pression, les masses populaires et les clubs sociaux. Les mouvements sociaux ont une structure, un modèle de relations entre individus et groupes, mais ce modèle évolue à travers son processus de

mobilisation, de participation et d'organisation. Les mouvements sociaux formels peuvent avoir des procédures bureaucratiques, mais ils ne fonctionnent pas à partir et au sein d'une administration. Les mouvements sociaux existent au sein de la société civile et sont développés par le peuple contre les structures systématiques et les idéologies qui sont tenues par ceux qui détiennent le pouvoir (Pakulski, 1991).

Les principaux thèmes du discours de la TNMS sont le renforcement du contrôle de la société civile, la démocratisation de l'Etat, l'équité et la justice sociale. Les traits caractéristiques de la TNMS sont l'accent sur la gouvernance et son profond ancrage placé au sein de la société civile. Les nouveaux mouvements sociaux, selon leurs théoriciens, ont un caractère fluide et dysfonctionnel en témoigne le mépris des fonctions sociales, souvent sans aucune adhésion formelle ou l'expression ouverte dans le débat public de leurs programmes et de leurs idéologies. La rédaction structurée par la position de la TNMS a tendance à considérer les mouvements comme essentiellement hétérogènes tout en affichant certaines caractéristiques communes comme le scepticisme contre les plans idéologiques, les orientations réformistes et les autolimitations. Cela peut entraîner des objectifs politiques des nouveaux mouvements sociaux devenant autolimitants, car elles ne visent pas à saisir l'Etat ou le pouvoir économique mais plutôt contester les hypothèses dominantes au sujet de la connaissance et du pouvoir (Melucci, 1989).

La TNMS a un rôle émancipateur et met l'accent sur les défis pour contrer les formes oppressives de l'abus de pouvoir (voir chapitre 3) et le discours dominant qui est tenu pour acquis, créé tout en gagnant une légitimité politique (Eyerman et Jamison, 1991). Les exemples de

ceci sont le mouvement écologiste qui a contesté la connaissance selon laquelle les ressources mondiales sont infinies et le mouvement féministe qui remettait en question les stéréotypes sociaux concernant les rôles des sexes, la violence et le viol. Divers autres mouvements des droits ont également contesté la connaissance dominante qui forme la façon dont nous pensons, par exemple, le gay, les mouvements pour les droits humains et raciaux.

Le discours principal de la TNMS est l'émancipation et la justice sociale. La promotion de la santé, à son tour, utilise un discours qui appelle à l'autonomisation des individus et des communautés pour leur permettre de prendre davantage le contrôle des décisions qui influent sur leur vie et leur santé. La légitimation de ce discours est venue par le biais de l'absorption du mouvement « intellectuel » dans le gouvernement, les universitaires et les positions des ONG (Eyerman et Jamison, 1991) et, on pourrait dire, qui a été tout d'abord codifiée par la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé et par les principales déclarations internationales subséquentes qui ont suivi (voir encadré 2.2).

Alors que la promotion de la santé partage le discours autonomisant et émancipateur de la TNMS, dans la pratique elle est souvent réalisée au sein de la sphère de contrôle de la bureaucratie et des cadres de responsabilisation et de planification rationnelle. La promotion de la santé n'est pas un mouvement social, mais comme Stevenson et Burke (1991, p. 282) l'avaient clairement mentionné "*... est une tendance bureaucratique, pas un mouvement contre l'Etat, mais un à l'intérieur*" de celui-ci.

La promotion de la santé et l'éducation pour la santé

La promotion de la santé est une notion contestée et, tandis que nous l'avons pour l'instant décrit en termes

d’application pratique, il n'y a aucune définition claire et largement acceptée. Dans ce livre, nous adoptons en général la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un "... *processus permettant à l’individu et aux populations d'accroître le contrôle sur leur propre santé et de l’améliorer*" (OMS, 1986), qui a ses racines dans le concept d’autonomisation individuelle et collective (communauté), telle que nous l’abordons plus loin dans ce chapitre.

Le débat sur le chevauchement entre la promotion de la santé et l'éducation pour la santé a commencé dans les années 1980 quand la gamme des activités pour promouvoir une meilleure santé s’est élargie pour dépasser la conception étroite des approches de mode de vie et la tendance à « blâmer les individus victimes » pour les comportements malsains. Ces activités allaient au-delà de la simple fourniture de l'information utilisée dans le cadre de l’éducation pour la santé traditionnelle et visaient des stratégies qui atteignent l'action politique, la mobilisation sociale et le plaidoyer.

Keith Tones, un commentateur britannique influent de la promotion de la santé et ses collègues (1990), suggèrent que l'éducation pour la santé et la promotion de la santé ont une relation symbiotique. L'éducation pour la santé met à l’agenda et fait prendre conscience de ce qui est dans les programmes de promotion de la santé. Sans l'inclusion des stratégies d'éducation, les programmes de promotion de la santé ne seraient rien de plus que des processus de manipulation, de coercition sociale et de contrôle de la communauté. Mais, alors que l'éducation pour la santé vise à informer les populations afin d'influencer leurs décisions individuelles ou collectives futures, la promotion de la santé vise à des actions complémentaires sociales et politiques, telles que le plaidoyer et le développement

communautaire, qui facilitent les changements politiques dans les environnements social, milieu de travail et communautaire des populations afin d'améliorer la santé (Green et Kreuter, 1991). Ainsi, l'éducation pour la santé autour des questions de tabac peut être inclue dans les programmes de sensibilisation en milieu scolaire ou des cours de renoncement au tabagisme. La promotion de la santé autour des questions de tabac s'étend aux lois restreignant l'accès aux produits du tabac, les interdictions sur la publicité et les lois ou les politiques restreignant les endroits où les fumeurs pourraient être admis.

La promotion de la santé englobe l'éducation pour la santé et les auteurs Linda Ewles et Ina Simnett (1999) ont signalé que la méthode la plus pratique pour la suite est de la considérer comme un terme générique désignant une série d'activités éducationnelles et de promotion de la santé.

Encadré 2.2. : Principales déclarations internationales de promotion de la santé

Plusieurs déclarations internationales de promotion de la santé ont contribué à définir et à légitimer de nouvelles approches pour la pratique de la promotion de la santé. Il s'agit notamment de :

La déclaration d'Alma-Ata de 1978 (Organisation mondiale de la santé, 1978) a reconnu que les inégalités flagrantes dans l'état de santé entre et au sein des pays étaient inacceptables et a identifié les soins de santé primaires comme la clé pour atteindre la « Santé pour tous ». La déclaration a souligné les besoins spéciaux pour la promotion et la protection de la santé dans les pays en développement et que l'esprit du développement soit la justice sociale pour la paix mondiale. La déclaration reconnaît que les populations doivent être activement impliquées dans le processus de développement et stipule

que : « Les populations ont le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et la mise en œuvre de leurs soins de santé ». La déclaration va bien au-delà du simple accroissement de la participation pour insister sur la nécessité de considérer l'autonomisation comme une composante essentielle des soins de santé primaires.

La Charte d'Ottawa de 1986 (Organisation mondiale de la santé, 1986) a identifié un certain nombre de conditions préalables ou les conditions fondamentales et les ressources qui sont cruciales pour l'amélioration de la santé ; la paix, le logement, l'éducation, l'alimentation, le revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. La Charte a ainsi étendu les résultats de la promotion de la santé au-delà de l'absence de la maladie ou de l'adoption de modes de vie sains. La Charte a défini cinq niveaux d'action de promotion de la santé pour parvenir à améliorer la santé : 1. L'élaboration de politiques publiques favorables pour la santé. 2. La création d'environnements favorables. 3. Le renforcement de l'action communautaire. 4. Le développement des aptitudes personnelles. 5. La réorientation des services de santé. Elle a également décrit trois rôles importants pour les professionnels de la promotion de la santé : le Plaidoyer ; l'Autonomisation ; la Médiation ; et est devenue le document fondateur du « nouveau » mouvement de promotion de la santé.

La déclaration de la Conférence d'Adélaïde de 1988 (Organisation mondiale de la santé, 2002a) a abordé le premier des cinq niveaux d'action, l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé. La déclaration de la Conférence a approuvé la déclaration d'Alma Ata et a déclaré que « la santé est un droit humain fondamental et un bon investissement social ». Il a ensuite déclaré que "...

les inégalités de santé trouvent leur origine dans les inégalités dans la société. Combler l'écart de santé exigerait des politiques publiques qui améliorent l'accès à la santé à travers l'accroissement des biens et des services et la création d'environnement favorables″.

La déclaration de la Conférence de Sunsdvall de 1991 (Organisation mondiale de la santé, 2002b) a été la première conférence de promotion de la santé de l'OMS à avoir une perspective mondiale, avec la participation de 81 pays. Cette conférence a abordé le deuxième des cinq niveaux d'action pour la promotion de la santé, la création d'environnements favorables. Cela englobe aussi bien les aspects physiques et sociales de là où les gens vivent, travaillent et jouent. La Conférence a mis en évidence quatre aspects importants des environnements favorables : 1. Les valeurs traditionnelles et les croyances, les coutumes, les processus sociaux et les rituels qui offrent un sentiment d'appartenance, de cohérence et de finalité ; 2. L'engagement gouvernemental pour les droits de l'homme, la justice sociale, la paix et la démocratie ; 3. La réorientation des ressources économiques vers la réalisation de la « Santé pour tous » et loin de la course aux armements ; 4. Le rôle important des femmes dans la création d'environnements favorables et la nécessité d'arrêter leur exploitation.

La déclaration de la Conférence de Jakarta de 1997 (Organisation mondiale de la santé, 2002c), a approuvé la santé comme un droit humain fondamental, a affirmé les cinq niveaux d'action de la Charte d'Ottawa et a proposé (quelque peu controversée) que les nouveaux partenariats, notamment avec le secteur privé, sont importants pour le succès de la promotion de la santé. La déclaration de la Conférence a également affirmé qu'il est clairement démontré que :

- Des approches globales au développement de la santé sont les plus efficaces.
- Les 'milieux' (par exemple les familles, les quartiers, les communautés) pour la santé offrent des possibilités concrètes pour la mise en œuvre de stratégies globales.
- La participation de toute la population est essentielle pour la pérennisation des efforts.
- La littératie en santé favorise la participation.
- L'accès à l'éducation et à l'information est essentiel pour parvenir à une participation effective et à l'autonomisation des personnes et des communautés.

Signalons que c'est à Jakarta que les africains ont rejoint pour la première fois le nouveau mouvement de la promotion de la santé par leur participiption à cette conférence mondiale.

La conférence mondiale de Mexico pour la promotion de la santé de 2000 (Organisation mondiale de la santé, 2002d) a cherché à démontrer comment les stratégies de promotion de la santé valorisent l'efficacité des politiques de santé et de développement, des programmes et des projets, particulièrement ceux qui visent à améliorer la santé et la qualité de vie des personnes vivant dans des conditions défavorables. La déclaration de la Conférence a reconnu que la santé est non seulement un résultat, mais aussi une contribution importante au développement économique et l'équité. Elle a également déclaré que la promotion de la santé et le développement social "sont un service central et la responsabilité des gouvernements", et que « la promotion de la santé doit être une composante fondamentale des politiques publiques et programmes dans tous les pays dans la poursuite de l'équité et d'une meilleure santé pour tous ». Elle a demandé également avec insistance à la promotion de la santé de prêter davantage attention aux phénomènes mondiaux, tels que la

réapparition et la propagation plus large de la pandémie de VIH/Sida en Afrique et les disparités croissantes mondiales en matière de la richesse et de la santé.

La Charte de Bangkok de 2005 pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation (Organisation mondiale de la santé, 2005) est considérée comme la première révision de la Charte d'Ottawa et identifie les actions, les engagements et les promesses pour agir sur les déterminants sociaux de la santé à l'heure de la mondialisation à travers la promotion de la santé. Elle repose sur les principes et les niveaux d'action de la Charte d'Ottawa, mais semble être orientée vers le secteur privé et les gouvernements plutôt qu'une stratégie pour les « praticiens de la promotion de la santé ». La Charte de Bangkok présente cinq actions requises sur lesquelles tous les secteurs et les milieux doivent agir : 1. faire le plaidoyer ; 2. investir ; 3. renforcer les capacités ; 4. réglementer et légiférer ; et 5. construire des alliances et des partenariats. La Charte de Bangkok recommande une approche intégrée aux niveaux national et internationale à travers des engagements clés pour la promotion de la santé :

1. Placer la promotion de la santé au centre de l'action mondiale en faveur du développement ;
2. Faire de la promotion de la santé une responsabilité fondamentale pour l'ensemble du gouvernement ;
3. Faire de la promotion de la santé un axe essentiel de l'action communautaire et de la société civile ;
4. Faire de la promotion de la santé une exigence de bonne pratique au niveau des entreprises.

La 7ème Conférence mondiale de l'OMS sur la promotion de la santé, Nairobi, Kenya.

La Conférence de Nairobi (Kenya) sur la promotion de la santé d'octobre 2009 a clôturé avec l'adoption de la déclaration de l'Appel à l'action de Nairobi qui reflète les

points de vue collectifs de plus de 600 participants internationaux de plus de 100 pays. L'Appel à l'action a identifié les principales stratégies et engagements qui sont urgemment nécessaires pour combler le fossé de la mise en œuvre en santé et développement par la promotion de la santé. L'Appel à l'action identifie cinq responsabilités urgentes pour les gouvernements et les intervenants :

- Renforcer le leadership et la main-d'œuvre.
- Intégrer la promotion de la santé dans les programmes et interventions de santé.
- Autonomiser les communautés et les individus.
- Renforcer l'action participative.
- Créer et appliquer les connaissances.

L'Appel à l'action de Nairobi est un outil de plaidoyer – les organisations aux niveaux régional et national se sont engagées à utiliser le potentiel inexploité de la promotion de la santé, de faire des principes de promotion de la santé une partie intégrante du programme politique et de développement, et d'élaborer des mécanismes de prestation efficaces et pérennes. Toutefois, l'utilisation de cet « outil » et de l'effort déployé par tous les participants à la Conférence dépendra, dans une large mesure, de l'engagement de l'Organisation mondiale de la santé et des autres principaux parties prenantes pour faire avancer ce programme à l'avenir.

La 8e Conférence mondiale de l'OMS sur la promotion de la santé, Nairobi, Kenya.

La conférence d'Helsinki (2013) a porté sur « La santé dans toutes les politiques » avec la démonstration que le secteur de la santé ne doit pas être considéré comme le seul à être concerné par la santé, mais plutôt tous les autres secteurs non-sanitaires ont un plus grand rôle à jouer même davantage plus que celui de la santé quand il s'agit de la santé et non de la maladie. Le rôle du secteur de la santé est tout de même crucial à faire prendre conscience aux autres

secteurs non-sanitaires de la santé dans l'atteinte de leurs objectifs spécifiques. Le secteur de la santé devra alors travailler à aider les autres secteurs non-sanitaires à l'atteinte de leurs objectifs afin d'atteindre par ce biais ceux de la santé.

Qu'est-ce que l'autonomisation communautaire ?

La définition de l'OMS de la promotion de la santé comme « l'accroissement du control des populations sur leur santé » la place à côté de notre autre concept-clé qu'est l'autonomisation communautaire. L'autonomisation communautaire a différentes racines conceptuelles pour la promotion de la santé, découlant principalement des activités de développement international (les communautés pauvres devaient devenir plus puissantes), le mouvement pour la santé de la femme (qui a contesté l'apanage des médecins alors habituellement de sexe masculin pour définir les problèmes de santé des femmes et de leurs remèdes) et les activistes de la santé mentale communautaire (qui ont souligné que les personnes atteintes de maladie mentale méritaient les mêmes droits que les autres et doivent être traités dans une perspective « d'autonomisation » plutôt que dans une approche de dépendance).

L'autonomisation communautaire peut être considérée, à la fois, comme un processus (quelque chose permettant de réaliser un but ou un objectif particulier) et un résultat (dans lequel l'autonomisation est le but ou l'objectif lui-même). Dans ce livre, nous considérons l'autonomisation communautaire comme les deux et la définie comme un processus interactif se déplaçant, dans les deux sens, le long d'un continuum impliquant l'autonomisation

personnelle, le développement de petits groupes d'entraide mutuelle, des organisations et réseaux communautaires ou des coalitions (Labonté, 1990 ; Rissel, 1994). Le résultat de l'autonomisation sera spécifique à l'individu, au groupe ou à la communauté en cause, bien qu'il y ait aussi un objectif général, semblable à la façon dont la Charte d'Ottawa définit la promotion de la santé : que les personnes impliquées dans le processus d'autonomisation contrôlent mieux les importantes décisions et les structures sociales qui influent sur leur vie. Cela conduit souvent à une action politique et sociale collective. Par conséquent, les résultats de l'autonomisation communautaire peuvent avoir une très longue période de temps (Raeburn, 1993), prenant souvent plusieurs années pour commencer à donner des résultats.

Il y a un chevauchement considérable entre l'autonomisation communautaire et d'autres concepts tels que la participation communautaire (Rifkin, 1990), le renforcement des capacités communautaires (Goodman et al., 1998), les compétences communautaires (Eng et Parker, 1994) et le développement communautaire (Labonté, 1998). Ils décrivent un processus qui augmente les atouts et les attributs qu'une communauté est en mesure de mettre à contribution afin d'améliorer ses conditions de vie (y compris mais ne se limite pas à leur état de santé). Ces concepts s'attaquent aussi fondamentalement à la même chose : de nouvelles formes d'organisation sociale et une action collective visant à supprimer les inégalités dans la répartition du pouvoir (pouvoir de décision) et des ressources. Ceci est important pour les professionnels de promotion de la santé, car une grande partie de notre santé est déterminée par le pouvoir que nous exerçons et notre contrôle sur les ressources. Dans cet ouvrage, nous utilisons l'autonomisation communautaire pour décrire le processus par lequel les communautés (et les individus en leur sein) gagnent plus de contrôle et les capacités communautaires

dans les domaines ou les attributs spécifiques à travers lesquels s'exerce ce contrôle.

Dans un contexte occidentalisé, l'autonomisation communautaire apparaît souvent en termes individualiste, comme "... *un niveau élevé d'autonomie psychologique parmi ses membres, une composante de l'action politique à laquelle les membres ont participé activement et la réalisation d'une redistribution des ressources ou la prise de décisions favorables à la communauté concernée*" (Rissel, 1994). L'autonomisation communautaire se construit à partir de l'individu en passant par le groupe pour l'ensemble de la communauté. Dans les pays non-occidentalisés l'autonomisation peut se prêter à une interprétation très différente, non pas comme un phénomène individuel ou solitaire, mais qui est plus étroitement lié à la famille ou à des systèmes élargis de parenté (Erzinger, 1994). Dans un contexte traditionnel fidjien, les notions de pouvoir et d'autonomisation sont étroitement liées à la chefferie et au leadership communautaire (Laverack, 1998). L'autonomisation communautaire se développe à partir de ces réseaux familiaux pour l'ensemble de la communauté. Il est toujours important que de vérifier notre interprétation de l'autonomisation pour s'assurer qu'elle est pertinente dans le contexte culturel des personnes impliquées dans nos programmes de promotion de la santé.

Sharry Erzinger (1994), une consultante en santé en Amérique latine, explique la signification de l'autonomisation en Equateur où la pauvreté, la religion, la superstition et la domination politique, tous fonctionnent pour maintenir l'autorité de « l'abus de pouvoir » et de contrôler la vie de la plupart des gens. Erzinger fait remarquer que, dans la langue Francophone, l'autonomisation n'est pas un phénomène individuel ou solitaire mais est reliée à la

famille ou à la communauté. Maruja Barrig (1990), travailleur communautaire en Amérique du Sud, fournit un exemple de comment le contexte économique peut avoir également une influence positive sur l'émancipation du peuple. Les femmes au Pérou, forcées par une crise économique qui a conduit à la diminution des revenus et au chômage, ont été placées dans une situation défavorisée et devaient se donner du pouvoir par elles-mêmes. Les organisations communautaires de femmes ont contribué à établir des cuisines communautaires, pour soulager des réseaux et mettre en place des groupes d'entraide pour les personnes sévèrement touchées par la crise économique, en particulier celles dans les bidonvilles. Le contexte économique a créé des conditions désespérées, qui à son tour, a agi comme un « déclencheur » pour les femmes à s'engager dans un processus d'autonomisation pour instaurer des mesures afin de se prendre en charge et d'assister d'autres personnes. Le contexte historique de l'action communautaire peut déterminer les implications futures, créer des précédents ou prédéterminer les hypothèses sur le pouvoir et l'autonomisation. L'histoire de la résistance entre l'Eglise en Amérique latine et l'aristocratie des propriétaires fonciers fournit la toile de fond pour une force importante d'autonomisation à travers une réflexion critique. Les activistes de l'église, inspirés par leur propre théologie, ont rejeté les pratiques élitistes et corrompues des propriétaires fonciers et ont initié des mouvements de résistance contre ceux au pouvoir. En Amérique latine, l'église continue de promouvoir l'action communautaire auprès des pauvres, grâce à des solutions de coopérative, d'entraide et d'approches participatives (Asthana, 1994). La connaissance du contexte historique de la communauté peut aider à identifier les obstacles potentiels à l'autonomisation communautaire tels que les expériences des conflits ou des sentiments d'impuissance. Goodman et al. (1998) affirment que les communautés qui

ont accès à l'information au sujet de leur histoire, verbalement ou par écrit, ont une meilleure chance d'affecter le changement, que celles qui n'ont pas accès. Cependant, un contexte historique de colonialisme s'est avéré créateur d'une atmosphère dans laquelle l'autonomisation est difficile à réaliser. Serrano-Garcia (1984) utilise le Porto-Rico comme une étude de cas et fait valoir qu'une idéologie du conservatisme et de valeurs pro-américaines a été forcée dans la culture. L'affaiblissement de cette idéologie a été l'un des principaux objectifs du projet *Esfuerazo* afin d'obtenir l'identité culturelle, l'indépendance et l'autonomisation collective. Cependant, Serrano-Garcia affirme que cela a seulement créé une illusion de l'autonomisation parce qu'il existe toujours, dans un contexte colonial oppressif, de nouvelles situations de contrôle sur la vie des gens, qui se poursuivent et déterminent le bien-être physique et physiologique de la population.

Les programmes de promotion de la santé : une question de transformation de pouvoir

Dans ce livre nous avons l'intention de montrer comment les deux principales variantes de la promotion de la santé (mettant l'accent sur les programmes de comportement de santé et un engagement pour le changement social sain des conditions sous-jacentes) peuvent et doivent travailler ensemble comme un tout. La variante de l'autonomisation, incorporée dans la Charte d'Ottawa, s'est révélée difficile à mettre en pratique, et de nombreux professionnels de promotion de la santé se retrouvent tiraillées entre l'approche "*top-down*" (haut en bas) des programmes de prévention de la maladie axés sur les modes de vie et celle "*bottom-up*" (bas en haut) des projets d'autonomisation communautaire. Une partie du problème se trouve au niveau des autorités sanitaires et les ONG qui emploient les

professionnels de promotion de la santé et qui sont souvent anxieux quant aux aspects moins aisés à contrôler et plus politiques de l'autonomisation communautaire. Une partie du problème est également au niveau des professionnels de promotion de la santé eux-mêmes, qui ont souvent une compréhension superficielle de la signification du pouvoir, un manque de clarté au sujet de l'influence sur le processus d'autonomisation communautaire ou n'ont pas une compréhension claire de comment l'autonomisation communautaire peut être pratiquement logée au sein de la pratique de promotion de la santé.

Julian Rappaport (1985), le principal théoricien de l'autonomisation du secteur de la santé mentale communautaire, soutient que l'autonomisation ne peut être donnée ; ceux qui la cherchent, doivent la prendre. Ceux qui ont le pouvoir ou qui y ont accès, comme les professionnels de promotion de la santé, et ceux qui le veulent, comme les membres de la communauté, doivent travailler ensemble pour créer les conditions nécessaires pour rendre l'autonomisation possible. Le défi pour les professionnels de promotion de la santé est de pouvoir intégrer dans les programmes de promotion de la santé ces conditions nécessaires rendant l'autonomisation possible.

Les programmes de promotion de la santé utilisent principalement deux approches apparemment différentes qui ont été caractérisées comme "*top-down*" et "*bottom-up*". La caractéristique distinctive entre ces deux approches est de savoir qui détermine la question abordée par le programme.

Dans les programmations classiques "*top-down*", les agents de l'extérieur (par exemple, une direction ministérielle ou les ONG) définissent le problème, élaborent les stratégies pour résoudre le problème et mobilisent la communauté

pour aider à appliquer les stratégies. Les objectifs et la conception du programme sont déterminés à l'avance et se préoccupent habituellement de cibles précises utilisant d'indicateurs quantifiables. Il n'est pas étonnant que certains commentateurs de promotion de la santé (Boutilier, 1993) affirment que ces types de programmes sont en contradiction avec l'esprit, sinon aussi avec les principes de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé. Généralement, ces programmes se concentrent sur une définition négative de la santé, comme la nécessité de prévenir le cancer ou les maladies cardiaques, et sont principalement concernés par le mode de vie et la conformité comportementale à certaines normes déterminées par les professionnels. Quelques exemples de programmes "*top down*" de promotion de la santé sont les essais d'intervention sur de multiples facteurs de risque (en anglais : *Multiple Risk Factors Intervention Trial - MRFIT*), les essais d'intervention communautaire pour la cessation du tabagisme (en anglais : *Community Intervention Trials for Smoking Cessation - COMMIT*) et le projet de la Carélie du Nord sur les maladies cardiovasculaires.

Dans la programmation "*bottom-up*" les agents extérieurs agissent à l'appui de la communauté dans l'identification des problèmes qui sont importants et pertinents pour leur vie et pour leur permettre d'élaborer des stratégies pour résoudre ces problèmes. La conception des programmes et la gestion sont négociées avec la communauté. Elle est plus longue et plus vaguement définie et le programme porte souvent explicitement sur le processus d'autonomisation et de renforcement des capacités. Les professionnels de promotion de la santé ont traditionnellement considéré l'autonomisation communautaire dans le cadre d'approches "*bottom-up*".

Quelques programmes de promotion de la santé adoptent une approche purement "*bottom-up*" (Association canadienne de santé publique, 1996 ; Labonté, 1998). Les mêmes caractéristiques de conception qui fournissent la preuve de la réussite des programmes "*bottom-up*", une longue période de temps, une petite taille et le contrôle par les membres de la communauté, semblent être principalement celles qui les rendent peu attrayants pour beaucoup d'agents extérieurs. Mais s'il est vrai que la plupart des professionnels de promotion de la santé orientent leurs travaux vers un "*top-down*", la prévention des maladies et l'approche de mode de vie, d'autres sont passionnément engagés dans du "*bottom-up*", des initiatives de développement communautaire autour des questions comme la pauvreté, la violence et le logement. Plus important encore, les deux approches sont mieux considérées comme des types idéaux d'utilité théorique plutôt que des approches strictes à la pratique. La dichotomie entre l'approche "*top-down*" de prévention des maladies et le changement de mode de vie et l'approche "*bottom-up*" d'autonomie communautaire n'est pas aussi fixe comme c'est parfois interprété. De nombreux professionnels de promotion de la santé, dans leur travail communautaire, basculent entre les options de marketing et de gestion des programmes de mode de vie et les efforts visant à organiser et à soutenir les efforts de la communauté pour changer les risques pour la santé dans leurs environnements physique et social. Les autorités sanitaires peuvent toujours garder un contrôle considérable et peuvent ne pas agir sur toutes les questions soulevées par la communauté, mais les priorités ne sont plus les mêmes comme ils le seraient si le programme utilise une approche "*top-down*" singulièrement.

Le défi pour les professionnels de promotion de la santé devient la façon dont ils peuvent inclure les préoccupations

et les problèmes de la communauté dans la programmation « top-down ». Pour aider à relever ce défi, nous montrons par la suite comment le processus d'autonomisation communautaire peut être considéré comme une « voie parallèle » qui longe de côté la « piste du principal programme ». Nous appelons cela une approche d'autonomisation où le renforcement des capacités est le processus utilisé pour développer des communautés plus autonomes et plus capables. L'autonomisation communautaire est parfois considérée comme le moyen pour une fin : les professionnels de promotion de la santé veulent renforcer les capacités afin que les communautés soient mieux en mesure de se conformer ou de pérenniser le programme de promotion de la santé. Nous allons décrire plus loin la façon dont les programmes de promotion de la santé peuvent également être considérés comme un moyen de construire l'autonomisation/capacité communautaire. Il s'agit de comment le programme et les pistes de l'autonomisation sont associés pendant les étapes progressives du cycle du programme "*top-down*".

CHAPITRE 3. : PROMOTION DE LA SANTÉ : TOUT DÉPEND DE CE QUE NOUS ENTENDONS PAR « SANTÉ »

La promotion de la santé est en rapport avec l'amélioration de la santé et de la vie des populations. Mais qu'entendons-nous par « *Santé* » ? Il y a plusieurs façons de la définir, chacune d'elles menant à différentes stratégies de promotion de la santé. La façon dont nous définissons et interprétons la santé, détermine largement la façon dont nous abordons la promotion de la santé. Ce chapitre traite des trois principaux discours de la santé et de la promotion de la santé et fait valoir que le modèle socio-environnemental de la santé est plus compatible avec la préoccupation de la promotion de la santé ainsi qu'avec l'autonomisation. Aussi, nous fournissons un cadre simple des déterminants de la santé et discutons de son implication pour une pratique *autonomisante* de la promotion de la santé.

Nos expériences de santé

Lorsque vous demandez aux gens de parler de ce qu'est la santé dans l'abstrait, ils répondent souvent « *Oh, ne pas être malade, n'avoir aucune maladie, être en forme, ne pas fumer, manger sainement* ». Ce sont là les discours dominants ou les expressions du langage populaire pour définir la santé. La santé est représentée dans notre culture comme un aspect de la dégradation ou d'invasion physique (un problème médical) ou le résultat de n'avoir pas tenu compte des conseils d'un mode de vie approprié (un problème de comportement). Mais si vous demandez aux gens de parler de la dernière fois qu'ils se sont sentis en bonne santé, lorsque vous personnalisez la question, des

dimensions tout à fait différentes émergent. Les gens sont plus susceptibles de parler dans le sens du but de leur vie, un certain contrôle sur leur destin, mener des activités agréables, se sentir énergique et vital et, surtout, être aimé, ayant de bonnes relations avec les amis, étant relié à une « communauté ».

Labonté (1993) interrogea les participants de plusieurs ateliers : « Penser à la dernière fois que vous vous êtes senti vous-même en "bonne santé" et griffonner quelques phrases qui décrivent le sentiment et le contexte ». Peu de répondants étaient préoccupés par la maladie ou la mauvaise santé et ont identifié plutôt des sentiments d'« énergie », d'« amour », de « contrôle », de « relations heureuses », de « plénitude » et le « ludique ». L'encadré 3.1 rassemble un certain nombre de ces phrases. Est notamment absente de cette liste toute référence à la maladie et par ailleurs une attention minimale est accordée à des évaluations physiques telles que les niveaux de condition physique.

Encadré 3.1. : Expériences de santé
Energique ;
être aimé, aimer ;
avoir le contrôle de ;
être en forme, être capable ;
atmosphère détendue, sans stress ;
donner/recevoir, partager ;
en plein air, nature ;
amis, appartenance, avoir un sens à sa vie ;
être capable de faire les choses que j'aime ;
forme physique de pointe ;
bonheur, plénitude ;
contentement spirituel.
(Labonté, 1993).

La santé, l'expression positive de notre bien-être, réside dans la qualité du partage et de compassion dans nos relations. La sagesse populaire de notre langage positionne la santé comme étant intrinsèquement holistique. Nos systèmes de santé peuvent fragmenter les hôpitaux en départements correspondant à des parties particulières du corps ou essayer de différencier les maladies somatiques (physiques) de celles qui sont d'ordre psychologique (mental). Nos systèmes publics peuvent se diviser en services de santé, d'éducation, d'environnement ou de bien-être. Nos systèmes politiques et économiques plus généralement peuvent tenter de séparer ce qui est "public" (gouvernement) de ce qui est « privé » (marché). Mais nous ne connaissons pas nos vies comme des événements détachés, déconnectés. Que ce soit avec des amis ou des médecins, nous essayons généralement de contextualiser tout ce que nous expérimentons physiquement avec la façon dont nous nous sentons mentalement, avec des auto-jugements sur nos propres comportements et une certaine compréhension du rôle joué au sens large par nos conditions de vie et de travail.

Les différentes définitions de la santé ainsi que leur relation avec la pratique de promotion de la santé sont traitées en détail ailleurs (Downie, Tannahill et Tannahill, 1996 ; Dines et Cribb, 1993 ; Ewles et Simnett, 1999 ; Adams et al., 2002). Ici, nous nous concentrons sur la pertinence de ces définitions par rapport aux aspects du pouvoir et d'autonomisation, les deux thèmes centraux de ce livre.

Santé, promotion de la santé et capital social

D'une manière fondamentale, notre santé est le reflet de la qualité de nos relations avec autrui. Le soutien social et la densité de réseau reflètent le langage des

psychosociologues. Les psychologues communautaires peuvent désigner le même phénomène par la « *capacité communautaire* », la « *compétence communautaire* » ou « *l'autonomisation communautaire* ». Les économistes politiques ont récemment inventé le terme « *capital social* » pour capturer cette dimension de sollicitude et de partage de notre vie communautaire. Putnam et al. (1993) ont largement écrit et ont été les premiers commentateurs sur le capital social et l'ont défini comme les caractéristiques d'une organisation sociale telles que les réseaux, la confiance, la facilité de coordination et la collaboration. Les éléments qui sont importants pour le processus d'autonomisation communautaire sont la relation à nouer entre les individus et les groupes et, les organisations qui favorisent l'action collective (communautaire). La participation active au sein de ces réseaux sociaux construit la confiance et la cohésion entre les individus qui sont importantes pour mobiliser et créer les ressources nécessaires pour soutenir l'action collective.

Lee Adams, Mary Amos et James Munro (2002), trois professionnels britanniques de promotion de la santé, ont examiné le rôle du capital social dans l'amélioration et le maintien de la santé de trois façons :

1. En insistant sur l'importance des approches sociales pour la promotion de la santé.
2. En suggérant que le capital social peut agir comme un tampon contre les pires effets de la privation.
3. En focalisant l'attention sur l'importance des relations sociales et des réseaux sociaux pour des efforts de santé communautaires, par exemple à travers l'autonomisation communautaire pour réduire les inégalités de santé.

La notion de capital social suggère que les inégalités de santé sont en partie influencées par les déséquilibres de

pouvoir dans la société et la capacité des communautés à s'autonomiser elles-mêmes pour corriger un manque d'équité. En construisant l'autonomisation communautaire, nous pouvons également construire le capital social. Le risque est que l'idée de bâtir le capital social pourrait détourner notre attention des causes de l'inégalité sur ses effets, confondant ainsi notre analyse. Adams et al. (2002) attirent aussi l'attention sur le fait que nos attentes du capital social dans la pratique de promotion de la santé doivent être modestes au même titre que bon nombre des hypothèses qui sous-tendent ce concept, notamment sa pérennisation dans un contexte communautaire et le besoin d'être profondément examiné. Cependant, ceci n'invalide pas l'importance de l'autonomisation communautaire comme une approche dans la pratique de promotion de la santé.

Santé : la définition de l'Organisation mondiale de la santé

La signification subjective ou populaire que les gens donnent à la santé n'implique pas que le terme ait perdu toute sa précision en termes de définition. Des études culturelles croisées indiquent que les expériences des gens en matière de santé, telles que celles dans l'encadré 3.1, peuvent utilement être organisées sous les six grandes catégories suivantes :

1. sentiment de vitalité, plein d'énergie ;
2. avoir le sentiment d'un but dans la vie ;
3. être connecté à une « communauté » ;
4. être en mesure de faire ce que l'on aime ;
5. avoir de bonnes relations sociales ;
6. éprouver un sentiment de contrôle sur sa vie et sur ses conditions de vie.

(Blaxter, 1990 ; Labonté, 1993 ; 1998).

Ces six catégories ont du sens par rapport à la définition classique de la santé de l'Organisation mondiale de la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.* » Le bien-être physique traite des concepts tels que le bon fonctionnement du corps, la normalité biologique, l'aptitude physique et la capacité à effectuer des tâches. Le bien-être social inclut les relations interpersonnelles ainsi que des questions sociales plus larges telles que la satisfaction conjugale, l'employabilité et la participation communautaire. Le rôle des relations, la famille et la situation au travail sont importantes pour le bien-être social d'une personne. Le bien-être mental implique des concepts tels que l'auto-efficacité, le bien-être subjectif, la compétence sociale et la résilience psychologique.

Terri Jackson, Sally Mitchell et Maria Wright (1989), trois commentateurs australiens sur le développement communautaire, racontent l'histoire de comment et par qui la définition de l'OMS a été écrite. Elle a été écrite peu de temps après la seconde guerre mondiale par un officiel de l'OMS qui avait passé la guerre dans la résistance. Il en est arrivé à cette définition à partir de cette expérience et a expliqué qu'il n'avait jamais ressenti une aussi meilleure santé que pendant cette période terrible : parce qu'il travaillait chaque jour pour des objectifs qui le préoccupaient passionnément et il était certain que s'il était tué dans son travail risqué, le réseau des travailleurs de la résistance prendra soins de sa famille. C'est dans ces circonstances qu'il se sentait plus en santé et plus vivant. Ainsi, la définition de la santé a été développée par une personne qui a été impliquée passionnément avec d'autres dans une action visant le changement des structures sociales et politiques. En d'autres termes, ils sont impliqués dans la prise de contrôle sur les choses qui affectent leurs

vies et, ce faisant, se sont autonomisés et ont amélioré leur propre santé et bien-être ainsi que ceux d'autres personnes avec qui ils sont associés. Rootman et Raeburn (1994), rendent un compte plus tard dans lequel la définition semble émerger à l'origine comme une solution médicale aux maux du monde, comme on le voyait immédiatement après la guerre, l'ironie étant que la définition est maintenant souvent considérée comme libérant la santé de l'emprise du modèle médical et de sa définition.

Quelle que soit son origine, la conceptualisation OMS de la santé comme un état idéal du bien-être physique, social et mental qui permet aux gens d'accomplir leur état de santé a été méticuleusement contre-examinée et critiquée pour n'avoir pas pris en compte d'autres dimensions de la santé, notamment l'émotionnel, le spirituel et les aspects sociaux de la santé. La définition a également été critiquée pour avoir considéré la santé comme un état ou un produit plutôt que comme une relation dynamique, une capacité, un potentiel ou un processus. Mais surtout, la définition a été critiquée pour avoir spécifié un état idéaliste qui est impossible à atteindre (Aggleton, 1991).

Les gens ne sont pas préoccupés si leur santé est parfaite, mais le sont plutôt par les compromis qu'ils doivent faire afin d'obtenir leur état de santé optimal. Cohen et Henderson (1991, p. 3) citent des exemples de gens qui sont malades ou qui ont mal et pourtant se perçoivent comme étant en bonne santé et prêts à supporter l'inconfort et la douleur de la maladie parce que celle-ci ne l'emporte pas sur le dérangement, la perte de contrôle ou le coût financier d'avoir la condition traitée. Ces personnes entreprennent une analyse coûts-bénéfice en ce qui concerne la santé optimale "… où le coût de toute amélioration supplémentaire l'emporte sur la valeur attribuée à cette amélioration". Au niveau individuel, ce

sont les effets « positifs » de la santé auxquels les programmes de promotion de la santé peuvent contribuer et ont divers degrés d'importance pour les personnes à des moments différents de leur vie. Ce sont les « compromis » que les gens font pour décider de ce dont ils ont besoin ou de ce qu'ils veulent faire pour essayer d'être en bonne santé.

Les modèles contemporains de santé en promotion de la santé

Il y a au moins cinq modèles de santé établis pour la promotion de la santé qui sont discutés dans la littérature : le modèle médical ; le modèle comportemental ; le modèle éducatif ; le modèle centré sur le client ; et le modèle socio-environnemental. Ils sont examinés ailleurs (Ewles et Sminett, 1999 ; Downie, Tannahill et Tannahill, 1996) et ici nous nous concentrons sur trois des principaux modèles contemporains à la promotion de la santé : le médical ; le comportemental ; et le socio-environnemental, comme étant particulièrement utiles pour façonner la manière dont nous concevons, mettons en œuvre et évaluons les programmes. Par exemple, le modèle médical considère la santé comme une absence de maladie ou de conditions physiologiques pathogènes. Le modèle comportemental appréhende la santé en termes de comportement et de mode de vie des individus et ; celui socio-environnemental considère la santé comme étant influencée par les conditions sociales et environnementales. Ces points de vue divergents déterminent en grande partie les stratégies que les planificateurs de programmes sélectionnent. Il en est de même pour les résultats ou les critères qu'ils utilisent pour évaluer le succès. Le développement de ces modèles au cours des dernières décennies a entraîné non seulement des changements dans notre compréhension des facteurs de risque et des déterminants de la santé, mais aussi une

pression croissante des individus, des groupes et des mouvements sociaux concernés par les impacts sur la santé des conditions sociales et environnementales.

Le modèle médical

En dépit de l'évolution concurrente de modèles de santé, c'est le modèle médical (ou encore appelé biomédical) qui reste dominant, socialement et au sein des administrations de la santé. Ce modèle a évolué à la suite des découvertes scientifiques et des avancées technologiques intervenues au dix-huitième et dix-neuvième siècles et une meilleure compréhension de la structure et du fonctionnement du corps humain. Comme la connaissance et la compréhension sont accrues, le corps est alors considéré comme une machine qui devait être fixé. Une répartition professionnelle entre le corps et l'esprit est mise au point, le corps et sa maladie physique était la responsabilité des médecins alors que les psychologues et les psychiatres s'occupent de la condition de la psyché. L'accent est resté sur les causes extérieures de mauvaise santé et a été renforcé par la menace constante des maladies et des décès, notamment pour les enfants du fait d'épidémies telles que la polio et la scarlatine. La profession médicale s'établit dans la position dominante et bon nombre d'autres professions de la santé se sont calquées elles-mêmes sur le modèle médical pour gagner en légitimité. Citons notamment les domaines des soins infirmiers, la physiothérapie et, jusqu'à récemment, la promotion de la santé (Baum, 1990).

Le modèle médical se préoccupe essentiellement de l'absence de maladie et son traitement quand elle survient. Plus récemment, le modèle médical s'est préoccupé de la prévention de la maladie chez les personnes à haut risque, les personnes dont la prédisposition génétique, les comportements ou les antécédents familiaux et personnels

les placent statistiquement plus à risque de la maladie. Historiquement, le modèle médical a assumé que l'élite « experte » possède une meilleure connaissance de la maladie. Les programmes de prévention de la maladie dans la perspective du modèle médical sont généralement développés et mis en œuvre dans une approche ″top-down″ (descendante ou de haut en bas) basée sur la connaissance des experts. Cependant, un nombre croissant de nouvelles connaissances et la pression des mouvements sociaux ont contesté la domination du modèle médical. Dans les années 1970, cela a conduit à un élargissement des connaissances sur la santé pour inclure une variété de facteurs comportementaux, de mode de vie et sociaux.

Le modèle comportemental/du mode de vie

Le mode de vie et les comportements sont devenus progressivement le cœur de la promotion de la santé dans les années 1970. Au cours de cette période, les professionnels de promotion de la santé (bien que beaucoup encore se font appeler eux-mêmes éducateurs pour la santé) ont reconnu que les comportements et le mode de vie des individus pourraient influer directement sur leur propre santé et celle des autres. Les exemples de programmes de cette époque comprennent l'éducation scolaire, l'éducation du public et les campagnes de marketing (mercatique) social autour du tabagisme, l'abus d'alcool, la consommation d'aliments trop gras, le non port de la ceinture de sécurité et la sédentarité. L'approche prédominante pour régler ces problèmes était les campagnes d'éducation et de sensibilisation pour informer les personnes sur leurs comportements à « haut risque ». Compte tenu des circonstances sociales et culturelles complexes associées au mode de vie, il n'est pas surprenant que beaucoup de praticiens et de chercheurs aient trouvé

que les campagnes d'éducation pour la santé seules n'ont pas beaucoup réussi à changer les comportements.

Le modèle du mode de vie ne considère pas nécessairement le comportement comme une action isolée sous le contrôle autonome de l'individu, mais reconnaît combien il est influencé et conditionné par une interaction complexe de facteurs sociaux, politiques et culturels. Une grande partie du travail de la promotion de la santé dans le cadre du modèle du mode de vie, cependant, continue de porter toujours sur les individus plutôt que sur leur contexte. Meredith Minkler (1989) fait valoir que c'est parce que de nombreux professionnels de promotion de la santé sont incorporés dans les deux systèmes de valeurs occidentaux et particulièrement celui américain, qui mettent fortement l'accent sur la responsabilité de l'individu et l'importance de l'autonomie et de l'accomplissement personnel.

Le modèle socio-environnemental

Le modèle du mode de vie a plaidé pour une vue plus complète de la promotion de la santé plutôt que simplement l'éducation pour la santé au sujet de maladies spécifiques (le modèle médical). Il présente les professionnels de promotion de la santé avec une interaction complexe de facteurs sociaux et culturels que seuls les programmes les plus ambitieux, portant sur le long terme et imbriqués pouvaient espérer atteindre (Green et Kreuter, 1991). Dans le même temps, il y avait une frustration professionnelle croissante avec les modèles de l'éducation pour la santé et du mode de vie en promotion de la santé en raison de la tendance à " blâmer la victime" que sont les personnes en cause en prétendant qu'elles étaient individuellement responsables de leurs propres actions. Le modèle du mode de vie n'a pas reconnu les problèmes structurels dans lesquels sont incorporés les comportements personnels et

qui aussi indirectement mais puissamment influent sur la santé, tels que la pauvreté. Inhérente à la conception d'un grand nombre de ces programmes est une lutte de pouvoir entre les professionnels et les clients, et entre les communautés et les organisations de promotion de la santé qui identifient ou nomment les problèmes de santé à traiter.

Les critiques du modèle comportemental se sont accélérées durant les années 1970 et au début des années 1980, découlant en partie des mouvements féministes, écologistes et autres mouvements sociaux de cette période. Ces mouvements sociaux ont contesté les notions des modèles médical et comportemental de santé en soulevant des préoccupations de justice sociale et de durabilité écologique. Les critiques ont fait valoir que la santé, notamment des groupes marginalisés, est influencée principalement par des problèmes structurels tels que la pauvreté, le logement, la surpopulation et le manque de contrôle communautaire. Un nouveau discours émancipateur sur la promotion de la santé a commencé à se former, ce dernier, plus préoccupé par la justice sociale et la durabilité écologique, plutôt que par le changement de comportements individuels (voir l'encadré 3.2 pour une brève présentation de deux manières différentes et importantes de penser la justice sociale).

Encadré 3.2. : Promotion de la santé et justice sociale : égalité des chances ou égalité des résultats ?

L'une des principales critiques du discours de promotion de la santé tel que, porté par la Charte d'Ottawa, est qu'il ne traite pas adéquatement les questions de justice sociale (Stevenson et Burke, 1991 ; Labonté, 1993 ; Association canadienne de santé publique, 1996). La justice sociale a deux significations différentes. L'une est « l'égalité des chances », dans laquelle les systèmes socio-politiques cherchent à maximiser l'égalité d'accès des populations aux

ressources publiques et les opportunités du marché leur permettant de faire l'expérience de satisfaction dans leur vie. L'autre signification met l'accent sur « l'égalité des résultats », dans laquelle les systèmes socio-politiques cherchent à minimiser les inégalités préoccupantes et évitables entre les gens. Cela nécessite un État beaucoup plus « militant », soucieux de la distribution et de la redistribution équitable ou juste des ressources. Don Nutbeam (1997, p. 14) définit l'équité en santé en ce sens "… que les besoins des populations guident la répartition des possibilités de bien-être". Cela implique que les personnes ayant de plus grands besoins, souvent à cause de la pauvreté, la discrimination ou d'autres formes d'exclusion sociale, nécessitent et méritent davantage de possibilités. C'est notamment ainsi dans les pays en voie de développement, qui manquent souvent de ressources tenues pour acquises dans les pays riches. Pour se rapprocher de l'égalité dans les résultats, y compris pour les résultats de santé, les sociétés ont besoin de permettre des inégalités d'opportunités qui favorisent les groupes historiquement défavorisés. Pour les professionnels de promotion de la santé, cela signifie de faire attention à ce que ceux qui bénéficient de leurs programmes ou ressources ne soient pas majoritairement les mieux nantis. Au lieu de cela, il faut que les professionnels de promotion de la santé continuent à accorder la priorité aux groupes dont la moins bonne santé est le fait, dans une large mesure, de leurs possibilités historiquement inégales.

Le chevauchement entre les modèles de santé

Le tableau 3.1 de la page suivante fournit un résumé des différents systèmes explicatifs des trois modèles de santé.

Bien que chacune de ces fonctions existe comme un discours de santé particulier, façonner la façon dont les praticiens doivent faire leur travail et leurs distinctions peuvent et devraient souvent être flous. Ils sont l'un dans l'autre plutôt que des modes de pensée totalement distincts. Le modèle médical, le plus précis en matière de définition, occupe la plus petite place. Le modèle comportemental intègre celui médical dans un espace légèrement plus large qui inclut les comportements individuels et les normes sociales qui les façonnent. Le modèle socio-environnemental intègre à la fois ceux comportemental et médical dans le plus grand « espace » et est parsemé de toutes les structures sociales, économiques et politiques qui déterminent non seulement des modes de vie individuels, mais aussi les risques des populations pour la maladie ou les possibilités de bien-être.

Tableau 3.1. : Trois différents systèmes explicatifs de santé

	Médical	**Comportemental**	**Socio-environnemental**
Santé définie comme	biomédical, absence de maladie, de handicap.	capacité médicale plus fonctionnelle, bien-être personnel, modes de vie sains.	médical et comportemental, ainsi que la qualité de vie, les relations sociales.
Santé expliquée par	pathologie, des facteurs de risque physiologiques.	facteurs de risque médicaux et comportementaux.	médical et comportemental ainsi que les facteurs de risque psychosociaux et les conditions de risque socio-environnementales.
Cible d'intervention	personnes à haut risque	groupes à haut risque	conditions à haut risque

Critères de réussite d'échantillon	une diminution de la morbidité, la mortalité standardisée selon l'âge, la prévalence des facteurs de risque physiologiques. amélioration de la QALY individuels.	des modes de vie améliorés (changement de comportement). adoption de modes de vie sains plus tôt dans le « cycle de vie ». une diminution des facteurs de risque physiologiques et comportementaux dans la population.	amélioration des relations sociales et des réseaux. améliorer la qualité de vie. mouvement vers l'équité sociale (répartition plus équitable de la richesse/pouvoir). mouvement vers la durabilité écologique.

Mélanie, *(nom du chapitre 2)* infirmière-enseignante, a tout à fait raison de se concentrer sur la capacité des gens à récupérer d'un événement médical mortel, douloureux et souvent invalidant. Mais encore, elle reconnaît que la qualité de l'interaction sociale entre les membres de son groupe est aussi importante que les leçons d'observance de traitement qu'elle essaie de leur enseigner. Elle s'est déjà lancée un peu dans le modèle du mode de vie en regardant leurs choix en termes de tabagisme ou de nutrition. Mais elle a besoin de réfléchir davantage et plus profondément : que se passe-t-il si les personnes qu'elle libère retournent chez eux dans une maison avec une isolation ou une plomberie inadéquate ? Ou sont membres d'une famille avec des moyens insuffisants pour se permettre des aliments nutritifs ? Ou ont de conjoints sans emploi et déprimés et incapables de leur offrir un quelconque support de guérison ? À moins que ces enjeux socio-environnementaux deviennent partie intégrante de la façon dont Mélanie pense et planifie son travail, il est probable que ses patients continueront simplement à revenir à ses soins avec les mêmes maladies.

Dans une moindre mesure, la même chose s'applique à Thierry *(nom du chapitre 2).* Il est déjà en train de créer des

milieux favorables pour aider à faire des choix sains les choix faciles (tels que la bonne alimentation et l'exercice physique). Mais que se passe-t-il si certaines de ces femmes diabétiques qu'il cherche à aider viennent à manquer de soutien pour leurs enfants ou de soins à leurs enfants ? Que se passe-t-il si une crainte majeure pour les nouveaux migrants est la marche le soir pour aller à leur centre local de loisirs, car ils pourraient être attaqués ou menacés par des personnes avec des attitudes racistes ? Il y a ainsi des conditions de risque socio-environnementales qui influent sur leurs choix personnels, même lorsqu'ils savent ce qu'il faut faire et veulent le faire.

Quant à Pierre *(nom du chapitre 2),* sa préoccupation avec les « gros problèmes de santé », tels que l'équité dans le logement, risque de laisser derrière certaines des personnes très défavorisées qu'il veut aider. Ce n'est pas toutes les personnes marginalisées qui veulent devenir un activiste/avocat. Certains sont même très inquiets au sujet de leur alimentation et leur tabagisme et ne trouveraient pas dérangeante une aide non-condescendante visant à leur donner d'être personnellement en meilleure santé. Ceux qui sont individuellement en meilleure santé sont aussi mieux équipés, tant physiquement que psychiquement, à relever le défi de l'activisme social.

Les déterminants de la santé

La nécessité de pratiquer la réflexion à travers ces trois modèles en même temps devient plus évidente quand nous considérons les déterminants de la santé et les inégalités de santé. Les déterminants de la santé ont gagné en notoriété dans la période postérieure à l'élaboration de la Charte d'Ottawa et sont de la gamme des facteurs personnels, économiques et environnementaux qui influent sur l'état de santé des individus ou des populations. On trouvera une

analyse plus approfondie sur les déterminants de la santé dans Marmot et Wilkinson (1999) qui couvre leur importance permanente en ce qui concerne ce qui suit (Wilkinson, 2003) :

Le gradient social : L'espérance de vie est plus courte pour les gens au plus bas de l'échelle sociale et qui sont susceptibles d'éprouver deux fois autant la maladie et la mauvaise santé que ceux plus près de la hiérarchie supérieure dans la société. Cette influence affecte également les personnes dans l'ensemble de la société, par exemple, au sein des employés de bureau de classe moyenne, ceux qui ont des emplois moins rémunérés expérimentent plus de maladies.

Le stress : Les gens qui sont inquiets, anxieux et incapables de résister psychologiquement, souffrent de stress qui, pendant de longues périodes de temps, peuvent nuire à leur santé, par exemple, l'hypertension artérielle, l'accident vasculaire cérébral, la dépression voire même une mort prématurée. Le stress peut résulter de nombreuses circonstances différentes dans la vie, mais les plus faibles qui sont dans le gradient social le plus commun ont ces problèmes.

Le début de la vie : Une croissance physique au ralenti et un soutien affectif pauvre peut entraîner toute une vie la mauvaise santé et une réduction du fonctionnement psychologique à l'âge adulte. Un mauvais développement du fœtus, lié par exemple à du stress, la toxicomanie et aux mauvais soins prénataux, constitue un risque pour la santé en fin de vie.

L'exclusion sociale : La pauvreté, la discrimination et le racisme peuvent tous contribuer à l'exclusion sociale. Ces processus empêchent tous les gens de participer aux

services de santé et d'éducation, sont psychologiquement préjudiciables et peuvent conduire à la maladie et à la mort prématurée.

Le travail : Pendant qu'avoir un emploi est généralement plus favorable à la santé que de ne pas en avoir un, le stress en milieu de travail augmente le risque de problèmes de santé, par exemple, les maux de dos, l'absentéisme pour fait de maladie et les maladies cardio-vasculaires. Ceci est plus prononcé quand les gens ont peu de possibilités d'utiliser leurs compétences et ont une faible autorité de décision.

Le chômage : La sécurité d'emploi augmente la santé. Le chômage ou la crainte de perdre son travail provoquent plus de maladies et de décès prématurés. Les effets du chômage sur la santé sont liés à des facteurs psychologiques tels que l'anxiété provoquée par les problèmes de la dette.

Le soutien social : Avoir des amis, de bonnes relations sociales et des réseaux de soutien peuvent améliorer la santé. Les gens ont une meilleure santé lorsqu'ils se sentent choyés, aimés, estimés et appréciés. À l'inverse, les personnes ne disposant pas de ces facteurs dans leur vie souffrent de dégradation de la santé et des décès prématurés.

L'assuétude : La dépendance à l'alcool, la consommation de drogues illicites et le tabagisme ne sont pas seulement des indicateurs du désavantage social et économique, mais sont également des facteurs importants dans l'aggravation de la santé. Des gens peuvent entrer dans des rapports de dépendance pour trouver une libération temporaire de la douleur, du stress et des conditions sociales et économiques difficiles, mais comme une conséquence, leur santé à long terme est endommagée.

L'alimentation : Une bonne alimentation et un approvisionnement adéquat en nourriture sont importants pour la santé et le bien-être. Une mauvaise alimentation peut entraîner la malnutrition et une variété de déficiences qui peuvent contribuer à, par exemple, le cancer et le diabète et peut aussi conduire à l'obésité. La mauvaise alimentation est souvent associée aux personnes qui sont plus bas sur le gradient social.

Le transport : Le recours aux transports mécanisés a entraîné chez les gens la pratique de peu d'exercice physique, une augmentation de la pollution et des accidents mortels. D'autres formes de transport comme le vélo et la marche augmentent le niveau d'exercice physique et aide les gens à réduire l'obésité et des maladies comme le diabète et les accidents vasculaires cérébraux.

Les inégalités en santé prennent généralement trois formes :

1. *L'inégalité dans l'accès aux soins de santé*. Certaines personnes ont des difficultés à accéder à des services de soins de santé primaires. Par exemple, ma mère a dû travailler à deux endroits et a trouvé difficile de m'amener à la clinique pour un rendez-vous dentaire ou chez le médecin ;
2. *Les inégalités dans les résultats de santé*. Les différences dans la moyenne de l'espérance de vie à la naissance entre les différents groupes socio-économiques. Par exemple, mon espérance de vie était inférieure à celle d'un garçon issu d'une famille de classe moyenne avec des parents instruits ;
3. *Les inégalités dans les déterminants de la santé*. Différentes personnes ont des expériences très différentes des déterminants de la santé. Ces différentes expériences peuvent avoir un effet sur la santé tel que l'invalidité, la monoparentalité, la

> qualité de l'école, le revenu, l'âge du parc de logements et le type d'usager de la route. Lorsque les expériences se chevauchent, elles ont un effet « boule de neige » et un plus grand impact combiné sur ma vie et celle de ma mère.

Les déterminants de la santé sont multiples et interactifs et la promotion de la santé porte traditionnellement sur les facteurs qui peuvent être modifiés, par exemple, les comportements, les modes de vie, le revenu et l'environnement physique (Organisation mondiale de la santé, 1998). Toutefois, la clé pour agir sur les déterminants de la santé et les inégalités de santé est à travers la redistribution du pouvoir et la transformation des relations de pouvoir inégales qui témoignent de nos méthodes de travail et de la société. La principale stratégie pour atteindre cet objectif dans la pratique de promotion de la santé est à travers l'autonomisation communautaire en facilitant l'organisation et la mobilisation des « communautés d'intérêt » pour s'attaquer aux causes profondes de leur pauvreté et de leur impuissance.

CHAPITRE 4. : LA TRANSFORMATION DE POUVOIR ET LA PRATIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

L'autonomisation est au cœur de la « nouvelle » promotion de la santé et le pouvoir est au cœur de l'autonomisation. De nombreux professionnels de promotion de la santé sont devenus plus habiles à comprendre les relations de pouvoir dans leur travail, mais beaucoup ont encore une compréhension superficielle des différentes significations et des pratiques du pouvoir. Pour que la pratique de promotion de la santé se développe, il est nécessaire de mieux comprendre comment le pouvoir transforme les relations entre les différentes parties prenantes. De même, il faut bien saisir comment les programmes peuvent transformer les relations de pouvoir malsaines en relations de pouvoir saines. Dans ce livre, nous utilisons le terme « parties prenantes » pour désigner les personnes, groupes et organisations qui ont un intérêt ou une influence dans le programme. Les parties prenantes primaires (les bénéficiaires) sont ceux qui sont touchés en fin de compte et que le programme cible habituellement, par exemple la communauté. Les parties prenantes secondaires sont les personnes ou les organisations qui agissent comme intermédiaire dans la prestation du programme et sont souvent les agents de l'extérieur, par exemple les professionnels de promotion de la santé.

Pour expliquer comment les relations de pouvoir peuvent être transformées dans un contexte de programme, nous considérons plusieurs interprétations différentes du pouvoir social : *le pouvoir intérieur* (pouvoir personnel comme une force intérieure ou un sentiment d'intégrité) ; *le pouvoir autoritaire* (la capacité d'influencer les actions des autres,

même contre leur gré) ; et le *pouvoir participatif* (la capacité de partager des formes de *pouvoir autoritaire* pour accroitre le *pouvoir intérieur* des gens).

Qu'est-ce que le pouvoir ?

Une définition commune du pouvoir le présente comme dans la nature du pouvoir autoritaire (personnes), «... la capacité de certaines personnes à produire des effets attendus et prévus sur les autres » Wrong (1988, p. 2). Cela peut exister sous quatre formes différentes : l'autorité ; la force ; la manipulation ; et la persuasion. Max Weber (1947, p. 152), sociologue allemand, propose une définition semblable du pouvoir comme « la probabilité qu'un acteur, au sein d'une relation sociale, sera en mesure de faire sa propre volonté en dépit de la résistance. » Weber identifie deux formes de pouvoir qu'il lie aussi étroitement aux conflits, l'une où le conflit est absent, l'autre où la résistance des autres doit être surmontée. Richard Adams (1977, p. 387), anthropologue, étend l'idée de pouvoir encore en le confiant, à la fois, à des individus et des groupes sociaux, comme "... la capacité d'une personne ou un groupe social à influencer le comportement et la prise de décisions d'une autre à travers la maîtrise de formes énergiques dans l'environnement de cette dernière ...". Ces interprétations sont toutes des variations sur comment le pouvoir est couramment référencé dans la littérature des sciences sociales : une personne ayant l'influence sur l'autre et sa maîtrise.

L'exercice du choix est la forme la plus simple du pouvoir. Ceci peut impliquer des choix triviaux du quotidien ou des choix plus cruciaux et des décisions qui influent sur la santé. Dans la mesure où nos choix personnels contraignent ceux des autres, il devient un exercice de pouvoir autoritaire. Les gens avec la capacité de contrôle des

décisions au niveau macro (politique et économique), par exemple, conditionnent et empêchent les autres d'exercer le contrôle ou le choix aux niveaux micro (individuel et de groupe). Souvent nous accordons volontiers aux gens cette capacité du niveau macro, comme dans la législation visant à prévenir ou réprimer les crimes contre les personnes.

Les formes « somme-nulle » et « somme-non-nulle » du pouvoir

Le type de pouvoir que nous avons discuté jusqu'à présent repose sur la considération du pouvoir comme une entité finie. Le pouvoir *somme-nulle* existe lorsqu'on peut uniquement posséder X quantité de pouvoir dans la mesure où quelqu'un d'autre ne possède pas une quantité équivalente. C'est donc une situation « *gagnant-perdant* ». Mon pouvoir autoritaire sur vous, ajouté à votre non-possession de ce pouvoir, est égal à zéro (d'où le terme, « *somme-nulle* »). Je gagne et vous perdez. Pour que vous puissiez accéder au pouvoir, vous devez me l'arracher. Si vous le pouvez, vous gagnez et je perds. Cette notion de pouvoir, dans lequel le levier est utilisé pour élever la position d'une personne ou d'un groupe, tout en l'abaissant simultanément pour une autre personne ou un groupe, est particulièrement dominante dans la pensée occidentale.

Le pouvoir *somme-nulle* est souvent utilisé en association avec les comptes économiques ou politiques où le pouvoir est assimilé à la richesse et au revenu et, par la suite, l'autorité et le statut social. À n'importe quel moment donné, il y aura tant de richesses possédées au sein d'une société. Cette distribution et le pouvoir décisionnel qui l'accompagne est la *somme-nulle*. On a le pouvoir ou le statut social du fait que d'autres ne l'ont pas. Il y a une certaine flexibilité ici cependant, étant donné que quelqu'un peut avoir le statut social ou le pouvoir dans une situation,

par rapport à d'autres, mais pas dans une autre. Dans le même temps, il y a des formes sociales dominantes de statut ou de privilège, comme la classe sociale, le sexe, l'éducation, l'origine ethnique, l'âge et même les capacités physiques ou la préférence sexuelle, qui tendent à structurer les relations du pouvoir autoritaire dans la plupart des situations sociales.

Le rôle de la promotion de la santé dans cette construction du pouvoir *somme-nulle* est d'aider des groupes à accéder au pouvoir par rapport à d'autres groupes, ce qui signifie ici plus de contrôle sur les ressources ou la prise de décisions qui influent sur leur santé. Au sein des communautés, cela peut devenir une question difficile. David Zakus et Catherine Lysack (1998), chercheurs canadiens, soutiennent que la pratique de promotion de la santé qui fonctionne sur le modèle de construction de pouvoir gagnant-perdant augmente la concurrence « malsaine » entre les personnes et les groupes et diminue la cohésion communautaire « saine ». Ils laissent entendre que « l'autonomisation communautaire » est une contradiction dans les termes et qu'en autonomisant certains au détriment d'autres, les professionnels de promotion de la santé sont en fait en train de faire tomber les liens qui unissent une communauté.

Nous soutenons que la « communauté » n'est pas homogène mais par sa nature même est constituée de groupes et d'individus hétérogènes concurrents et que les professionnels de promotion de la santé ne peuvent éviter dans leur travail d'autonomiser certains tandis que pas d'autres. Le point soulevé par Zakus et Lysack, cependant, met en lumière le dilemme éthique et politique pour lequel des groupes, au détriment d'autres, devraient avoir la priorité des ressources limitées et l'assistance des professionnels de promotion de la santé. Ce problème est

irritant si le groupe est impopulaire ou impliqué dans des activités illégales ou révoltantes telles que la toxicomanie ou le trafic d'enfants. Le rôle des professionnels de promotion de la santé est d'être neutres et compatissants dans leur travail. Un tel travail inclut l'identification des besoins prioritaires pour aller vers ces groupes confrontés à des inégalités plus grandes dans les résultats de santé et les possibilités socio-économiques.

Il y a une autre notion importante du pouvoir toutefois, celle qui ne se considère pas comme fixe et finie, mais comme infinie et en expansion. Ces formes de pouvoir « *somme-non-nulle* » sont « *gagnant-gagnant* », puisqu'elles se basent sur l'idée que, si une personne ou un groupe gagne, tout le monde gagne. La connaissance, la confiance, l'amabilité et d'autres aspects de nos relations sociales les uns envers les autres sont des exemples de pouvoir « *somme-non-nulle* ».

Peut-être sans surprise, les professionnels de promotion de la santé gravitent souvent vers la formulation « *somme-non-nulle* ». Certes, une grande partie du récent discours de promotion de la santé, en insistant sur "... la participation, l'amabilité, le partage et la responsabilité envers autrui", aborde l'exercice du pouvoir dans lequel tout le monde peut trouver un bénéfice. Le pouvoir n'est plus considéré comme un produit fini, comme la richesse ou le statut comparatif et l'autorité qu'il peut conférer. Plutôt, ce pouvoir *somme-non-nulle* prend la forme de comportements d'une relation basée sur le respect, la générosité, l'altruisme, la libre circulation de l'information et l'engagement envers l'éthique d'amabilité et de justice. Le rôle du professionnel de promotion de la santé dans cette construction de pouvoir est d'utiliser ces attributs pour les créer chez d'autres. Il est de même son rôle de transférer le pouvoir entre les groupes en encourageant les individus à accéder à l'information par

eux-mêmes, en partie en fournissant un meilleur accès aux ressources et à l'information, par exemple, par le biais d'un lien internet.

La pratique de promotion de la santé implique simultanément des formulations de pouvoir *somme-nulle* et *somme-non-nulle*. Le pouvoir ne peut être donné mais les communautés peuvent être habilitées par les professionnels de promotion de la santé à prendre ou à s'emparer du pouvoir des mains des autres. Pour ce faire, le rôle des professionnels de promotion de la santé est d'identifier d'abord leur propre base de pouvoir (accès aux ressources et l'influence) et de comprendre comment elle peut correctement être utilisée pour permettre aux autres d'accéder au pouvoir par le biais de leurs propres efforts. C'est la relation entre les parties prenantes qui autonomise et conduit à la « communauté », développant la capacité et les possibilités de s'emparer du contrôle des influences sur leur vie et leur santé.

Nous étudierons plus loin la façon dont ces deux formes de pouvoir sont présentes dans les programmes de promotion de la santé ainsi que les moyens de transformation par lesquels elles peuvent servir à autonomiser les autres.

Les trois visages du pouvoir

Pour mieux comprendre à la fois comment le pouvoir social est exercé de manière positive (le partage du contrôle avec d'autres) et de manière négative (l'utilisation du contrôle pour exercer de l'influence sur d'autres), il est utile de revoir le pouvoir « *somme-nulle* » et celui « *somme-non-nulle* ». Le pouvoir « *somme-nulle* » devrait être considéré comme le « *pouvoir autoritaire* » et celui « *somme-non-nulle* » comme le « *pouvoir intérieur* » et le « *pouvoir participatif* ». Le pouvoir participatif est précisément

l'utilisation transformative du pouvoir autoritaire. Ceci est complexe et il faut donc examiner, tout d'abord, comment le philosophe Thomas Wartenberg (1990) décrit la nature des deux visages du pouvoir : le *pouvoir-à* ou nos capacités à faire ou à accomplir quelque chose par nous-mêmes ; et le *pouvoir-autoritaire* ou la capacité à influer les actions ou les idées des autres, malgré leur résistance. Starhawk (1990) reprend le concept de *pouvoir-à* et plus encore le subdivise en deux : le *pouvoir-intérieur* ou le *pouvoir personnel* de quelqu'un, une énergie intérieure qui peut inclure la connaissance de soi, la discipline personnelle et l'estime de soi ; et le *pouvoir-participatif*, dans lequel le pouvoir autoritaire se transforme en augmentant le pouvoir intérieur d'autres personnes, plutôt que de les dominer ou de les exploiter. Nous illustrons cela plus tard avec l'exemple de l'infirmière en santé communautaire qui a utilisé son pouvoir autoritaire professionnel avec souplesse. Elle l'a utilisé pour persuader des femmes dans un immeuble à développer davantage leurs propres capacités (en renforçant leur pouvoir intérieur) afin qu'elles puissent devenir leurs propres défenseures.

Le pouvoir intérieur

Le pouvoir intérieur peut être décrit comme une expérience par « soi-même », un pouvoir personnel ou un certain sens interne d'intégrité ou de "vérité" (Labonté, 1996). D'autres soutiennent que le pouvoir intérieur est acquis de sources philosophiques, religieuses et spirituelles (Morriss, 1987 ; Wartenberg, 1990). Le pouvoir intérieur est également connu comme l'autonomisation individuelle, personnelle ou psychologique. Plusieurs définitions de ce concept ont été développées dans le domaine de la psychologie communautaire dans les pays occidentaux. Généralement, toutes ces définitions décrivent le pouvoir intérieur ou l'autonomisation personnelle, comme gagnant (un sens de)

le contrôle sur sa propre vie (Rissel, 1994). La description de Starhawk (1990, p. 10) du pouvoir intérieur est similaire ; elle l'assimile à "... notre sens de maîtrise que nous développons en tant que jeunes enfants ...", mais aussi à quelque chose de plus profond "... notre sens de la liaison avec d'autres êtres humains et avec l'environnement". L'objectif de l'autonomisation psychologique est d'accroître les sentiments de valeur et un sens de maîtrise. L'individualisation de ce concept peut conduire à des approches qui visent à accroître la notion de « soi-même », ignorant la façon dont le pouvoir autoritaire peut contraindre les expériences des groupes marginalisés. Le pouvoir intérieur n'est pas concerné par l'accès aux ressources ou leur contrôle. Les individus peuvent donc devenir plus puissants depuis leur for intérieur et n'ont pas nécessairement besoin d'accumuler le pouvoir comme de l'argent, de statut ou l'autorité.

Le pouvoir autoritaire

Le pouvoir autoritaire décrit les relations sociales dans lesquelles une partie est faite pour faire ce qu'une autre partie souhaite qu'elle fasse malgré leur résistance et même si ce n'est peut-être pas dans leurs meilleurs intérêts. Starhawk (1990, p. 9) décrit le pouvoir autoritaire dans sa forme la plus claire comme « ... le pouvoir du gardien de prison, du fusil, ce pouvoir qui est finalement soutenu par la force ». L'exercice du pouvoir autoritaire n'est pas toujours de manière négative. Les lois étatiques pour contrôler la propagation de maladies, imposer des amendes pour des comportements malsains tels que fumer dans un espace public, ou même pour redistribuer le revenu du marché afin de lutter contre la pauvreté, sont autant d'exemples de ce que nous considérons comme le pouvoir autoritaire "sain" (ou favorable à la santé). La question est de savoir : qui sont ceux dont les choix sont limités et

pourquoi ? Ce n’est pas une question facile. C'est quelque chose sur lequel les professionnels de promotion de la santé doivent se prononcer pour eux-mêmes à la lumière des questions suivantes : Ce pouvoir autoritaire contraint-il ou améliore-t-il la santé et le bien-être des plus pauvres ou des plus marginalisés de la société ? Ce pouvoir autoritaire contraint-il ou fait-il la répartition des pouvoirs décisionnels plus équitables dans la communauté ou la société ?

Le pouvoir autoritaire peut prendre diverses formes dépendamment de la façon dont il est exercé pour contrôler ou influencer les autres. Beaucoup d'écrivains évoquent trois processus fonctionnellement distincts du pouvoir autoritaire : *la domination* ou le pouvoir direct de contrôler les choix des gens, généralement par la force ou la menace ; *l'exploitation* ou le pouvoir indirect pour contrôler les choix des gens par le biais de relations économiques, dans lequel ceux qui contrôlent le capital (principalement l'argent) ont aussi un contrôle sur ceux qui ne l’ont pas ; et *l’hégémonie* ou la capacité d'un groupe dominant de contrôler les actions et les comportements des autres par la persuasion intense.

Le pouvoir hégémonique est cette forme de pouvoir autoritaire qui est invisible et internalisé tel qu'il est structuré autour de notre vie quotidienne et considéré pour acquis (Foucault, 1979). Pour Foucault (1979), un éminent théoricien et commentateur sur le pouvoir, la seule forme de résistance au pouvoir hégémonique est une dissimulation de sa vie vis-à-vis des personnes en situation d'autorité. Par exemple, les actions cachées d'un prisonnier vis-à-vis de ses geôliers ou une mère célibataire vivant dans un logement malpropre et cachant une chambre désordonnée ou son enfant malade à un agent de santé lui rendant visite (Bloor et McIntosh, 1990). Les personnes vivant dans des conditions de pouvoir autoritaire

hégémonique, d'oppression et d'exploitation, internalisent ces conditions comme étant leur responsabilité personnelle. Cette internalisation augmente leur propre culpabilité et diminue leur estime de soi. Cette internalisation peut conduire à une fausse conscience, une défaillance à utiliser le pouvoir que l'on a, et une défaillance à acquérir le pouvoir qu'on peut acquérir (Morriss, 1987). Le pouvoir autoritaire hégémonique est intrinsèquement mauvais, parce qu'il bloque la pensée critique, le débat public et la possibilité de changement. Une des façons subtiles par laquelle les professionnels de promotion de la santé participent au pouvoir autoritaire hégémonique est lorsqu'ils imposent constamment leurs idées de ce qu'ils pensent être des problèmes importants de santé sans écouter l'opinion des membres de la communauté. Par exemple, les gens viennent à penser à la santé comme la « maladie » ou le « mode de vie » et seulement commencent à développer leurs idées sur la santé lorsqu'on leur demande avec soin : Qu'est-ce que cela signifie réellement pour vous ?

Dans le contexte d'un programme, il y a deux autres formes de pouvoir qui sont en cause :

- La *coercition* est une forme manifeste et explicite lorsqu'un groupe dominant (un agent extérieur) maintient son pouvoir autoritaire en forçant les gens à faire des choses contre leur gré ; et
- Le *consentement* lorsqu'un groupe dominant maintient son pouvoir autoritaire en obtenant le consentement d'individus ou de groupes subordonnés. Il le fait par distorsion, dissimulation ou en détournant une réelle compréhension de la relation de pouvoir et la façon dont il fonctionne. Cela peut se produire dans les partenariats où un groupe a la dominance, adopte une attitude paternaliste, ou manque de respect pour l'autre partenaire (Jones et Sidell, 1997, p. 51).

Le pouvoir participatif

Le pouvoir participatif décrit un autre ensemble de relations sociales dans lequel le pouvoir autoritaire est utilisé avec parcimonie et délibérément pour accroitre le pouvoir intérieur d'autres personnes, plutôt que de les dominer ou de les exploiter. Thomas Wartenberg (1990) donne l'exemple de la relation entre un parent et un enfant comme un modèle d'utilisation transformative du pouvoir autoritaire. Le pouvoir autoritaire se transforme en pouvoir participatif seulement lorsqu'il a effectivement atteint sa fin, lorsque la personne soumise dans la relation a suffisamment développé son pouvoir intérieur pour exercer ses propres choix et décisions. La théorie féministe occidentale soutien également le concept de pouvoir participatif car plus l'épanouissement de chaque individu est bien développé, le plus capable, le plus efficace et moins dépendant des autres il devient (Katz, 1984 ; Swift et Levin, 1987). Wartenberg (1990) déclare que la théorie féministe soutient que même dans les sociétés à dominance masculine et à pouvoir autoritaire, les femmes ont du pouvoir - le pouvoir intérieur. La théorie féministe prétend que, même si les femmes ne sont pas socialement dominantes, elles ont des compétences particulières et une force intérieure qui leur ont permis d'agir de manière inestimable. Dès qu'on a accepté cela, argumente Wartenberg (1990, p. 188), "... la revendication apparemment contradictoire qu'ont les femmes, à la fois, d'avoir et de manquer de pouvoir autoritaire dans une société à dominance masculine..." peut être vue comme comportant une perception importante du rôle des femmes. Le pouvoir autoritaire devient une notion décentrée : une personne peut détenir une grande part d'autorité dans un domaine de sa vie, mais posséder très peu dans d'autres domaines de sa vie.

Starhawk (1990, p. 10) identifie la source du pouvoir participatif comme « ... la volonté des autres à écouter nos idées ». La personne ayant le pouvoir autoritaire choisit de ne pas commander ou d'exercer le contrôle, mais de suggérer et de commencer une discussion qui accroit le sentiment de pouvoir intérieur des autres. Les parents donnent des conseils, guident et aident l'enfant à développer son propre pouvoir intérieur, ses capacités et sa force intérieure. Il est condescendant d'assimiler la relation des professionnels de promotion de la santé avec les communautés à celle des parents-enfant. Pourtant, au regard de certaines facettes de la vie des membres de la communauté, les professionnels de promotion de la santé peuvent avoir des connaissances et des ressources utiles pour eux et peuvent donner la priorité aux communautés qui sont relativement impuissantes. Plutôt que d'un simple transfert de ressources et d'information, les relations des professionnels de promotion de la santé avec les membres de la communauté devraient alors inclure une offre de conseils et de stratégies visant à développer l'autonomisation psychologique (estime de soi et confiance en soi) des individus et l'autonomisation collective du groupe.

L'utilisation transformative du pouvoir autoritaire exige beaucoup d'auto-vigilance et d'autodiscipline par toutes les personnes dans la relation, mais en particulier par la personne initialement la plus dominante. Sinon, la relation peut demeurer dans le registre du pouvoir autoritaire, par exemple, la légitimité ou le pouvoir d'expert qui n'admet pas que les autres dans la relation peuvent avoir leur propre expertise, peut conduire à une incitation mesquine de dépendance. Linden (1994) signale que la relation entre médecin et patient est inégal car toutes les compétences sont considérées comme appartenant à une partie et ceci est souvent entre un « expert » mâle et une femelle « cible » ou

le patient. Ainsi, la femme renonce volontairement à la réclamation de non-dit du pouvoir médical (expert). Le médecin a le monopole de la connaissance quand bien même ces connaissances portent sur le corps du patient. La médicalisation fonctionne dans le cadre de cette relation de double pouvoir, les différences de connaissances et d'égalité entre les sexes. Les attributs de la santé sont considérés comme un « cas » individuel et le diagnostic est posé sur cette base. Ainsi, le modèle médical sert à protéger le pouvoir légitime et expert du professionnel.

Ann Robertson et Meredith Minkler (1994) décrivent la relation professionnelle autonomisante comme une relation facilitant l'identification par les communautés et les individus de leurs besoins de santé, les solutions et les actions pour l'obtention de ces solutions. Dans la pratique, ce rôle est la transformation du pouvoir autoritaire en pouvoir participatif qui exige, entre autres, un dialogue non coercitif dans l'identification et la résolution de problèmes et l'utilisation du pouvoir du professionnel de promotion de la santé pour renforcer l'autonomie individuelle et communautaire. Un exemple est fourni dans l'encadré 4.2.

L'impuissance

L'impuissance peut être un concept individuel avec l'espérance que le comportement d'une personne peut ne pas déterminer les résultats qu'elle recherche. L'impuissance est considérée comme une interaction continue entre une personne et son environnement. Il combine une attitude de culpabilité, un sentiment de méfiance généralisée, un sentiment d'aliénation de ressources sur l'influence sociale, une expérience de privation de droits et de la vulnérabilité économique et un sentiment de désespoir dans la lutte socio-politique (Kieffer, 1984). L'impuissance peut également être

considérée comme l'acceptation passive des principes culturels oppressifs, ou la soumission à une "culture du silence" (Freire, 1973). Paulo Freire croyait que l'individu devient impuissant en assumant le rôle d'« objet » sur lequel l'environnement agit, plutôt qu'un « sujet » agissant dans et pour le monde. Par conséquent, l'individu se soustrait lui-même de la participation à la construction de la réalité sociale (Wallerstein, 1992).

Encadré 4.2. : La transformation de pouvoir à travers la pratique de promotion de la santé

Les résidantes d'un immeuble à Toronto, au Canada, se sont plaintes des hommes exigeant des faveurs sexuelles en échange de leur accès à la salle de bain. Les femmes ont demandé l'aide de l'infirmière de santé communautaire à utiliser son pouvoir et son statut professionnel pour donner plus de crédits à leurs plaintes. L'infirmière a accepté. Elle a également conseillé les femmes qu'après son aide initiale, elles auraient à examiner la question avec les autorités compétentes elles-mêmes et elle devrait les encadrer à cet effet. De cette façon, l'infirmière a renforcé le pouvoir-intérieur de la communauté (les femmes), tout d'abord usant de son pouvoir autoritaire (État, autorité) et puis en les appuyant à agir comme leurs propres défenseurs. Mais en fixant sa condition de pouvoir autoritaire (« je vais faire cela, mais seulement si vous allez apprendre comment le faire vous-même... »), elle a exercé son pouvoir dans le but d'accroitre le pouvoir intérieur des autres (les femmes) dans la relation. Il s'agit là de la marque distinctive de l'utilisation transformative du pouvoir, l'intention avec laquelle il est exercé (Labonté, 1998).

Les personnes impuissantes ont souvent peu d'influence sur les événements et les conditions qui influent sur leur existence, soit directement, soit à travers l'accès aux ressources qui garantissent la survie, diminuent l'inconfort

et favorisent le changement et l'amélioration de la vie (Kroeker, 1995). Kieffer (1984, p. 16) fournit une expression de l'expérience quotidienne d'impuissance individuelle par Sharon, un amérindien vivant à Harlem : "il ne me serait jamais arrivé d'avoir à exprimer une opinion sur quoi que ce soit... Il était inconcevable que mon opinion ait une quelconque valeur... ce qui est inférieure à l'impuissance...Vous ne savez même pas si le mot « pouvoir » existe".

Les voies entre l'impuissance et la tristesse peuvent être assez évidentes, mais les liens à la maladie sont plus difficiles à identifier. Les résultats de recherche se concentrent davantage sur les individus que sur les populations ou les facteurs psychosociaux. Ce terme décrit les états cognitifs ou émotionnels individuels (tels que l'estime de soi ou l'auto-culpabilisation) qui sont souvent des réactions à des conditions de risque et qui influent aussi sur notre désir et notre capacité à créer des réseaux sociaux et des systèmes de soutien. La santé peut être considérée comme déterminée par les conditions matérielles et les relations et les significations que l'on donne à ces facteurs. Notamment comment on en vient à comprendre sa position dans la hiérarchie humaine (Wilkinson, 1996) et le stress créé par l'insécurité économique (le manque de prévisibilité sur l'emploi/le revenu futur). La recherche sur le stress au travail conclut que ces travailleurs avec moins de prévisibilité ou de contrôle sur leur travail subissent le plus grand stress et des risques de maladie cardiaque. Les fonctionnaires d'échelon inférieur dans la hiérarchie administrative souffrent de stress disproportionné et de maladies. Il s'agit de la conséquence de l'incertitude de l'emploi mise en place par des « pratiques professionnelles » comme la sous-traitance et la réduction des effectifs (Baum, 1990). Le processus par lequel l'inégalité structurelle devient pathologie physique, peut alors être

décrit comme suit : les personnes vivant dans des conditions à risques connaissent une détresse avec l'injustice de leur situation (leur statut inférieur sur une hiérarchie de pouvoir ou d'autorité, montré en partie par la richesse) et internalisent cette injustice comme des aspects de leur propre « méchanceté » ou « échec ». Cette internalisation ajoute à leur détresse, sinon aussi à leur perte de sens et de but, avec des effets mesurables sur leur corps comme l'hypertension et l'hypercholestérolémie. Cette situation est plus probable quand le discours social dominant sur le succès est la compétitivité, l'individualisme et la méritocratie, où les gens sont censés réussir ou échouer uniquement sur la base de leur propre initiative ou de leur capacité (Lerner, 1986).

Cette internalisation de la « méchanceté » conduit à ce que les philosophes appellent la fausse conscience, « ne pas pouvoir utiliser le pouvoir que l'on a et l'incapacité à acquérir les pouvoirs qu'on peut acquérir » (Morriss, 1987 p. 94), ce que les psychologues appellent l'impuissance acquise (Seligman et Maier, 1967 ; Seligman, 1975) et que les politologues labélisent l'impuissance excédentaire (Lerner, 1986). Plusieurs commentateurs cyniques désignent parfois ceci comme « l'apathie des pauvres ». L'impuissance acquise est une construction psychologique issue de la recherche sur les animaux de Martin Seligman, dans les années 1960 (Seligman et Maier, 1967). Des chiens ont été soumis à des électrochocs inéluctables. Lorsque la barrière les empêchant de s'échapper à ces chocs a été supprimée, les chiens ont continué à leur résister quand même et n'ont pas cherché à s'échapper. Même s'ils ont accidentellement évité les chocs, ils n'ont pas internalisé cet apprentissage et ont continué à supporter les chocs. Ils se sont résignés à leur sort ; ils avaient « appris l'impuissance ». Les chiens, cependant, ont « réappris » comment s'échapper après avoir répété les «

enseignements » par les chercheurs dans lesquels les chiens ont été poussés, tirés ou chassés hors de la zone sous le choc. Martin Seligman a maintenant inventé un nouveau terme, « l'optimisme acquise », pour comprendre la dynamique de comment apprend-on à développer une image positive de soi (Seligman, 1990).

Michael Lerner (1986), un politologue et psychothérapeute, soutient qu'un phénomène similaire se produit avec des personnes vivant dans des conditions à risques. Il nomma ce processus un « surplus d'impuissance », un surplus créé par, mais distinctes des conditions externes ou objectives d'impuissance. Les individus intériorisent leur objectif ou leur impuissance externe et créent une barrière psychologique puissante à l'action autonomisante. Ils « ne s'engagent même pas dans des activités qui répondent à leurs besoins réels. Ils commencent à accepter les aspects de leur univers qui sont autodestructeurs à leur propre santé et bien-être, pensant que ce sont là des caractéristiques inaltérables de ce qu'ils prennent pour être la « réalité » (Lerner, 1986). Une partie de ce processus d'intériorisation est l'isolement, se retirant soi-même de la participation active du groupe en raison d'une faible estime de soi et d'une grande auto-culpabilisation. Les recherches confirment ce processus ; les personnes frappées par l'extrême pauvreté intériorisent la culpabilisation pour leur pauvreté, la chute de leur estime de soi et ils s'isolent des amis et des collègues (Auslander, 1988 ; Berkman, 1986 ; Cohen et Syme, 1985).

Il est de plus en plus évident que les facteurs contribuant à l'anxiété chronique aggravent la santé, en particulier dans le contexte des sociétés très inégalitaires. Par exemple, la croissance rapide de l'inégalité des revenus au Royaume-Uni depuis les années 1970 aux années 1990 et la croissance de l'exclusion sociale sont directement

impliquées dans la création et le maintien des inégalités de santé. Réduire l'écart des égalités signifie la prise d'action pour agir sur l'exclusion sociale à l'aide de stratégies qui utilisent un éventail d'interventions sociales, économiques et environnementales et l'autonomisation des individus et des communautés (Putnam et al., 1993 ; Kawachi et al., 1997 ; MacLeod et al., 1999).

Michael Lerner (1986) croit que l'éducation de groupes spécifiques puisse surmonter la culpabilité tout en améliorant l'état de santé et les comportements de santé. Ses recherches ont impliqué des cols bleus confrontés au stress dans le cadre du travail. Par rapport aux groupes contrôles, les personnes dans les « groupes expérimentaux de stress » au travail ont démontré des améliorations statistiquement significatives dans des domaines comme le soutien social, les comportements de santé, l'absentéisme et le pouvoir perçu. Le concept clé, l'auto-culpabilisation, a diminué significativement à mesure que les comportements de soutien social chez les participants des groupes de stress s'amélioraient. Que les « groupes de stress » aient eu lieu sous la houlette du syndicat, pourrait être un facteur important. De nombreux facteurs de stress sont incorporés dans la structure de travail et les actions visant à remédier à ce problème exigent un effort politique organisé. Les syndicats, par le biais de leurs conventions collectives, permettent aux travailleurs de prendre des mesures collectives sur les éléments « structurels » de travail tels que les conditions à risques, tandis que les groupes de stress améliorent le soutien social et les comportements d'adaptation. Cela soulève l'importance de créer des organisations politiques efficaces pour influencer les politiques publiques et privées qui créent les conditions à risques dès le départ.

Le premier défi des professionnels de promotion de la santé dans ces situations est de renforcer le pouvoir intérieur des individus, en partie en identifiant leurs propres sources de pouvoir autoritaire. Le pouvoir ou l'impuissance des gens, par exemple, est toujours « relatif » à d'autres personnes dans leur communauté ou leur pays. Les gens peuvent détenir une part importante d'autorité sur l'un des aspects de leur vie, mais posséder très peu sur d'autres. Un homme immigrant peut occuper le poste de chef de file de la communauté ou chef héréditaire dans sa propre communauté, mais sur son lieu de travail a seulement un emploi subalterne de faible rémunération avec peu de responsabilité ou de statut. De la même façon, les parties prenantes d'un programme peuvent apporter avec eux beaucoup de pouvoir sous la forme d'autorité et de contrôle au sein de leur communauté. Ces personnes peuvent être un facteur important pour permettre aux autres de prendre le contrôle de l'influence sur leur vie et leur santé. Un exemple de ceci est l'usage des dirigeants locaux pour gérer les programmes assistés par des « experts techniques » afin d'améliorer les aptitudes et les compétences de ces personnes.

Plutôt que de commencer leur travail dans la perspective des gens qui sont, en général, « relativement » économiquement et politiquement sans pouvoir, les professionnels de promotion de la santé doivent rechercher et travailler à partir des aspects dans la vie des gens où ils sont « relativement » puissants. Le second défi des professionnels de promotion de la santé est d'aider les individus à s’organiser collectivement pour accroître leur exercice collectif du pouvoir autoritaire.

CHAPITRE 5. : L'AUTONOMISATION COMMUNAUTAIRE ET LA PRATIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Ce chapitre aborde le concept de l'autonomisation communautaire et comment elle peut être appliquée avec succès à la pratique de la promotion de la santé afin de fournir une approche plus autonomisante. En fait, l'autonomisation communautaire est constituée de deux concepts : la communauté et l'autonomisation. Avant d'aborder l'autonomisation, nous allons tout d'abord définir ce qui est considéré comme une « communauté ».

Le concept de communauté

La communauté a beaucoup de définitions contradictoires. Une analyse par Bell et Newby (1978) de ces définitions conclut que, bien qu'il y ait un manque de consensus au-delà de l'idée de la communauté impliquant des personnes, la plupart des définitions incluent les éléments suivants ; un espace, des liens communs et une interaction sociale. La discussion de Bell et Newby (1978) va au-delà de la considération habituelle de la communauté comme un endroit où les gens vivent comme un village, un quartier ou une ville, parce que ces espaces peuvent juste être un agrégat de personnes non connectées.

Il est important de reconnaître que la signification précise de la communauté varie probablement d'une région à une autre et d'un individu à un autre. Deux auteurs différents, Jayakumar Christian (1993) et Stephen Githumbi (1993), illustrent l'importance fondamentale des relations sociales dans deux contextes culturels très différents. Christian (1993, p.6) indique que dans le contexte asiatique indien les

gens "... se définissent eux-mêmes par la communauté... à laquelle ils appartiennent". De la même manière, Githumbi (1993, p.6) déclare que, dans le contexte africain, la plupart des gens associent leurs "...identité et bien-être... à combien une personne est « en phase » avec sa communauté". Githumbi cite un dicton africain qui permet de saisir la notion de communauté, « *je suis parce que vous êtes ; si vous n'êtes pas, alors je ne peux pas être* ".

Le plus important pour les professionnels de la promotion de la santé s'engageant dans l'autonomisation communautaire est de savoir si la communauté est un concept social, géographique ou démographique. Quand bien même une communauté puisse posséder tous ces éléments, des écrivains comme Bell et Newby (1978) soutiennent que l'accent devrait être mis sur la nature changeante et dynamique des relations sociales. Barbara Israël et ses collègues, qui ont effectué des recherches approfondies sur l'autonomisation communautaire aux États-Unis (1994), caractérisent un lieu communautaire comme possédant les éléments suivants ; des membres, des systèmes de symboles communs, des valeurs et normes communes, une influence mutuelle, des besoins communs et un lien émotionnel commun. L'élément de « besoins communs » est particulièrement important par rapport au sujet abordé dans ce livre, du fait que nous interprétons, plus loin dans ce chapitre, l'autonomisation comme un continuum basé sur les besoins communs d'une communauté.

Penelope Hawe (1994), se basant sur ses recherches de santé communautaire, fait valoir que, plutôt que de dépendre de ce qu'écrivent les professionnels de la promotion de la santé au sujet de la « communauté », nous devrions interpréter comment ils ont utilisé le concept, par exemple, la manière dont ils évaluent leurs programmes.

Elle propose trois approches distinctes par lesquelles la communauté peut être observée. La première est la communauté interprétée comme une population, par exemple, les femmes, les hommes et les jeunes (approche démographique). La seconde est la communauté interprétée comme un milieu, par exemple, les écoles, les hôpitaux et les lieux de travail (approche géographique). Elle décrit la troisième approche comme la "...capacité à travailler vers des solutions aux propres problèmes identifiés par la communauté..." (Hawe 1994, p.201). Les deux premières interprétations représentent des approches de populations et de milieux couramment utilisées dans les programmes de promotion de la santé verticaux (top-down). La troisième interprétation est le plus souvent associée au bottom-up, des programmes de développement communautaire ou d'autonomisation communautaire et définit la communauté moins comme un endroit ou un milieu et plus comme une interaction sociale, des finalités et des besoins communs.

Cette interprétation de la communauté est corroborée par Jim Ward (1987, p.18), un organisateur ayant une expérience avec des « communautés de rues » à Brisbane, à Sydney et à Toronto. Il décrit ce troisième aspect des communautés comme "un groupe de personnes percevant des besoins et des problèmes communs, qui acquiert un sentiment d'identité porté sur ces problèmes et qu'un ensemble commun d'objectifs émerge de ces problèmes identifiés".

Ce qui peut être conclu de ceci est que les communautés géographiques sont composées d'individus hétérogènes qui peuvent être organisés en groupes spécifiques pour mener des actions collectives vers des objectifs communs et spécifiques. La diversité des individus et des groupes au sein d'une communauté géographique peut créer des problèmes en ce qui concerne le choix de la représentation

de ses membres (Zakus et Lysack, 1998). Les professionnels de la promotion de la santé doivent considérer avec soin ceux qui sont les représentants « légitimes » d'une communauté. Les personnes qui ont de l'énergie, le temps et la motivation de s'engager dans des activités des programmes peuvent, en fait, ne pas être soutenues par les autres membres de la communauté et peuvent être considérées comme des élites égoïstes. La minorité dominante peut dicter les besoins de la communauté sans que des précautions suffisantes soient prises pour impliquer les populations marginalisées. Zakus et Lysack (1998) soulignent également que certains groupes préfèrent garder l'anonymat lorsqu'ils ont l'habitude d'être ignorés ou ne sont pas conscients des possibilités offertes par un programme. C'est un paradoxe d'approches d'autonomisation qui est tel que des populations les plus marginalisées sont souvent incapables d'exprimer leurs besoins ou ne sont pas conscients des possibilités et, en conséquence, sont souvent exclues des bénéfices et des possibilités que peuvent offrir les programmes de la promotion de la santé.

L'importance de reconnaître que les membres de la communauté peuvent être hétérogènes et pourtant toujours avoir la possibilité de partager des besoins et des intérêts communs se traduit par des difficultés rencontrées au sein des services de santé des autochtones en Australie. Les communautés autochtones sont souvent un ensemble de familles, des groupes linguistiques ou des clans qui peuvent être en compétition et qui peuvent être géographiquement isolés. Le terme « communauté » a été appliqué à ces populations par des intellectuels de l'administration parce qu'il fournit une étiquette commode pour l'assimilation de différents concepts et pour un groupe hétérogène de personnes (Scrimgeour, 1997). L'hypothèse selon laquelle différents groupes autochtones étaient homogènes a conduit

à un manque de coopération, de direction et d'action collective entre ses membres. La définition de la « communauté » s'est basée sur la commodité administrative plutôt que sur les structures traditionnelles et cela a créé une atmosphère dans laquelle l'autonomisation a été plus difficile à réaliser.

Les groupes hétérogènes peuvent réellement devenir plus qu'une « communauté » à travers le processus de planification des programmes, dans la mesure où les buts et objectifs du programme reflètent, au moins en partie, des intérêts et besoins communs des membres dans une localité donnée. Ceux-ci deviennent l'intérêt commun d'une action communautaire. Les différences individuelles, familiales ou claniques peuvent ensuite être mises de côté pendant que les participants du programme commencent à se créer une identité commune autour des objectifs du programme les plus étroitement ciblés. L'implication des participants du programme dans l'identification des problèmes et préoccupations est de ce fait cruciale pour s'assurer que les buts et les objectifs du programme sont pertinents et capables de surmonter les divisions qui peuvent exister entre eux. Cela n'empêche pas la survenue de conflits lors de la planification des programmes et la mise en œuvre, une question reprise plus tard, mais peut aider à les réduire. Les membres de la nouvelle « communauté » ainsi constituée s'organisent et se mobilisent autour de ce programme qui, à son tour, facilite les moyens par lesquels ils s'autonomisent eux-mêmes. Ceci est renforcé lorsque les communautés ont des besoins communs, des réseaux sociaux et le désir d'accéder au pouvoir. Si ces éléments n'existent pas, les professionnels de la promotion de la santé doivent renforcer les relations sociales et les organisations qui pourraient aider la communauté à identifier ses propres besoins et problèmes.

Dans ce livre, nous utilisons une définition de la « communauté » comme existant dans des groupes organisés qui sont assez importants pour leurs membres qu'ils identifient, en partie, par leur appartenance à un groupe. Cette interprétation implique que, dans les dimensions géographiques ou spatiales de la « communauté », plusieurs communautés existent et chaque individu peut appartenir à plusieurs communautés différentes en même temps.

Les individus hétérogènes sont en mesure de réaliser une action collective à travers un processus qui implique une action personnelle, le développement de petits groupes, des organisations et des réseaux, en conséquence le développement de la « communauté », comme discuté ci-dessus. Pour qu'un groupe d'individus disparates accède au pouvoir à travers ce processus, ses membres doivent être en mesure de mettre de côté leurs différences et de se concentrer sur leurs intérêts et préoccupations communs. Lorsque ce processus conduit à la réalisation de changements politiques et sociaux, il est souvent décrit comme le continuum de l'autonomisation communautaire et c'est ce que nous explorons par la suite en rapport avec la pratique de la promotion de la santé.

Encadré 5.1. : Les principales caractéristiques de la « communauté »

- Une dimension spatiale, c'est-à-dire, un emplacement ou un lieu.
- Des dimensions non spatiales (les intérêts, les problèmes, les identités) qui impliquent des personnes qui autrement forment des groupes hétérogènes et disparates.
- Des interactions sociales qui sont dynamiques et lient les gens entre eux par des relations.
- L'identification des besoins et préoccupations communs pouvant être atteints par un processus d'action collective.

Les trois niveaux d'autonomisation

L'autonomisation dans le sens le plus large est « ...le processus par lequel les personnes défavorisées collaborent afin d'accroître le contrôle des événements qui déterminent leur vie » (Werner, 1988). La plupart des définitions d'autonomisation donne au terme une valeur positive similaire et a été en grande partie élaborée par des psychologues de pays industrialisés dans les domaines de l'autonomisation de quartier et de la santé mentale communautaire (Torre, 1986 ; Rappaport, 1987 ; Swift et Levin, 1987). Ces définitions incarnent la notion que l'autonomisation doit provenir d'un groupe et ne peut être donnée à un groupe ou une communauté.

La surexploitation et une mauvaise utilisation de l'expression « autonomisation » a eu pour conséquence de réduire son importance et son sens au cours de ces dernières années. Pour apporter de la clarté à ce concept, il est utile d'examiner les différents niveaux d'autonomisation suggérés par plusieurs théoriciens (par exemple, Rissel, 1994 ; Israël et al., 1994). Christopher Rissel (1994) inclut un niveau accru ou une augmentation de l'autonomisation psychologique comme une partie de l'autonomisation communautaire. Il soutient également que l'autonomisation communautaire inclut « ...une composante d'action politique à laquelle les membres ont activement participé et sont parvenus à une redistribution des ressources ou la prise de décisions favorables à la communauté ou le groupe en question ». Barbara Israël et ses collègues (1994) ont de même identifié l'action psychologique et politique comme deux niveaux d'autonomisation communautaire, mais ont inclut un troisième, un niveau intermédiaire entre eux, celui de l'autonomisation organisationnelle. L'analyse de ce niveau s'inspire fortement de la théorie de la gestion démocratique. Une organisation autonome est celle qui est

gérée démocratiquement, ses membres partagent l'information et ont la maîtrise des décisions et sont impliqués dans la conception, la mise en œuvre et le contrôle des efforts déployés pour atteindre les objectifs définis par le consensus du groupe. C'est un lien essentiel entre des individus autonomes et une action politique efficace.

Ainsi, l'autonomisation communautaire inclut l'autonomisation individuelle (psychologique), l'autonomisation organisationnelle et des changements sociaux et politiques plus larges. Nina Wallerstein (1992), un des écrivains américains des plus influents sur la santé et l'autonomisation, considère davantage ce concept comme une interaction synergique entre ces trois niveaux. L'autonomisation communautaire est à la fois un phénomène individuel et de groupe. C'est aussi un processus dynamique qui ne finit jamais, impliquant des déplacements continus entre l'autonomisation personnelle (pouvoir intérieur) et les changements dans les relations de pouvoir autoritaire entre les différents groupes sociaux et les décideurs dans l'ensemble de la société.

L'autonomisation communautaire comme un résultat peut varier, par exemple, comme une redistribution des ressources (Rappaport, 1984 ; Rody, 1988 ; Oakley, 1991), une diminution du sentiment d'impuissance des individus ou des groupes (Kieffer, 1984 ; Rappaport, 1985) ou le succès dans la réalisation des objectifs d'un programme (Plough et Olafson, 1994 ; Purdey et al., 1994 ; Rudner-Lugo, 1996). Mais c'est comme un processus qu'elle est le plus souvent perçue dans la littérature, par exemple, «...un processus d'action sociale qui favorise la participation des personnes, des organisations et des communautés vers des objectifs croissants de contrôle de l'individu et de la communauté, de l'efficacité politique, de l'amélioration de

la qualité de vie et de la justice sociale » (Wallerstein, 1992). En tant que processus, l'autonomisation communautaire est mieux considérée comme un continuum qui représente progressivement des formes plus organisées et largement partagées d'action sociale et collective et c'est vers le modèle de continuum d'autonomisation que nous nous tournons à présent.

L'autonomisation communautaire comme un continuum à 5 points

L'autonomisation communautaire a été le plus souvent vue dans la littérature de la promotion de la santé comme un modèle de continuum à cinq points comprenant les éléments suivants: **1.** Une action individuelle ; **2.** Le développement de petits groupes d'entraide mutuelle ; **3.** Des organisations communautaires ; **4.** Les partenariats ; et **5.** Une action sociale et politique (Jackson et al., 1989 ; Labonté, 1990). Le modèle de continuum offre une interprétation simple et linéaire de ce qui est un concept dynamique et complexe et articule les différents niveaux d'autonomisation depuis l'individuelle jusqu'à celle organisationnelle à travers une action collective (communautaire). Chaque point sur le continuum peut être considéré comme un résultat en soi, mais aussi comme une progression vers le point suivant. S'il n'est pas atteint, le résultat est stagnant ou même une régression vers le point précédent sur le continuum. En particulier, la mise en place des organisations communautaires est une étape cruciale dans le processus d'autonomisation communautaire et c'est à ce moment-là que les individus peuvent acquérir les compétences nécessaires dans la mobilisation des ressources, le leadership, l'évaluation des problèmes et une conscience critique.

Le modèle de continuum est demeuré incontesté dans la littérature, bien que différents auteurs aient utilisé une terminologie légèrement différente qui garde essentiellement la même signification (Labonté, 1998 ; Rissel, 1994) et a été utilisé par les praticiens de la promotion de la santé pour expliquer comment l'autonomisation communautaire peut potentiellement être optimisée quand les gens progressent de l'action individuelle à celle collective. Une version adaptée qui est pertinente pour le sujet de ce livre est fournie à la Figure 5.1.

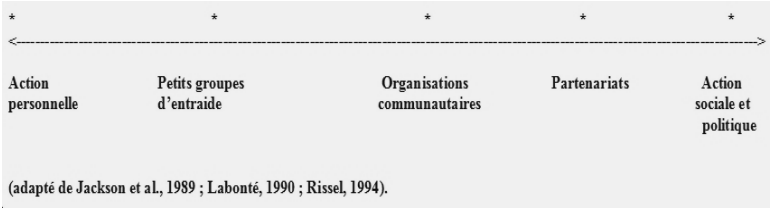

Figure 5.1. : L'autonomisation communautaire comme un continuum

Nous allons à présent aborder brièvement comment les professionnels de la promotion de la santé peuvent utiliser ce modèle pour bâtir des communautés plus autonomisées à chaque point sur le continuum.

1. Autonomiser les individus pour des actions personnelles

Le processus d'autonomisation communautaire peut commencer à n'importe quel point du continuum, mais pour les personnes aux prises avec un degré élevé d' « impuissance relative », il commence souvent par une action personnelle qui génère un plus grand sentiment de pouvoir intérieur. C'est seulement en participant à des petits groupes ou des organisations que les individus membres de

la communauté peuvent mieux définir, analyser et agir sur les problèmes qui les concernent. Dans la vie quotidienne, une action individuelle et la participation ultérieure dans le continuum peuvent commencer au moyen d'une réaction déclenchée par une expérience émotionnelle ou symbolique dans la vie de cet individu comme l'implantation d'une installation industrielle (Kieffer, 1984). Dans les programmes de promotion de la santé la base de l'action personnelle et de la participation est souvent mise au point au cours de la phase de planification à une identification des problèmes et des besoins propres des participants et est développée plus tard comme des buts et objectifs à atteindre. Il est important que les programmes utilisent des approches pour bâtir la voie à suivre pour une structure, mais aussi pour un individu pour aller vers une action collective et de l'organisation. Si les praticiens se concentrent seulement sur l'individu, ils risquent de personnaliser le problème et s'ils se concentrent uniquement sur les problèmes structurels, ils courent le risque de négliger les besoins immédiats de beaucoup de gens.

Les programmes qui ne tiennent pas compte des préoccupations de la communauté et qui n'impliquent pas la communauté dans le processus d'analyse des problèmes et de prise de décisions, notamment dans les communautés marginalisées, ont démontré ne pas atteindre leur but (Rifkin, 1990).

2. Autonomiser les individus pour le développement de petits groupes d'entraide

Le développement de petits groupes d'entraide par des personnes ayant des préoccupations particulières est le début de l'action collective. C'est une opportunité pour le professionnel de la promotion de la santé pour aider l'individu à acquérir des aptitudes et est un lieu pour le

développement de systèmes de soutien social bien forts, de réseaux de circonstance, de liens interpersonnels et la cohésion sociale (Putnam et al., 1993).

Le rôle du praticien à ce stade du continuum est de rassembler les gens en petits groupes autour de questions qui, selon eux, sont importantes pour leur vie, d'une manière qui n'est pas trop dirigiste. Il s'agit notamment :

- Des groupes d'entraide organisés autour d'un problème spécifique, tel que les groupes de soutien en période de deuil et les alcooliques anonymes. Les membres ont habituellement des connaissances et un intérêt communs au problème. Ces groupes sont basés sur des principes de gestion participative et de solidarité et sont souvent mis en place et gérés par les participants ;
- Les groupes de santé communautaire qui normalement s'unissent pour la campagne sur une préoccupation spécifique telle que la pollution environnementale, les dépotoirs sauvages dans les agglomérations ou dans les caniveaux en ville ou encore les besoins de transport des groupes socialement exclus comme les personnes âgées ou handicapées. Les gens sont motivés à se réunir soit pour des raisons réactives ou proactives habituellement pendant une courte période de temps. Toutefois ces groupes peuvent aussi se former en associations de longue durée telles que les nombreuses ONG s'occupant de problèmes spécifiques comme le trafic des enfants ;
- Les projets de santé de développement communautaire tels que les projets de quartier mis en place pour traiter des questions d'intérêt local, comme les mauvaises conditions de logement et avec un agent de santé communautaire nommé et

rémunéré (discutés plus en détail dans Jones et Sidell, 1997, p. 29).

Il s'agit d'un processus lent et complexe qui exige un sentiment de confiance entre les différents membres et qui peut prendre des années avant que les personnes se sentent à l'aise dans un environnement de groupe.

C'est grâce au soutien de petits groupes que beaucoup de gens trouvent une « voix » et sont en mesure de participer de façon plus formelle pour atteindre les objectifs de changement social et politique. Toutefois, les membres de petits groupes ne sont pas homogènes et des conflits au sujet des problèmes internes se posent souvent, en particulier pendant le passage d'une orientation interne (entraide) à une orientation vers l'extérieur (action sociale).

Ronald Labonté (1998) fournit un exemple de ceci dans un projet de jardin communautaire à Toronto au Canada et qui impliquait des mères célibataires bénéficiant de l'aide sociale. Le conflit de groupe portait sur l'importance du jardin. Certaines des mères voyaient le jardin comme un lieu de rencontre où elles s'organisèrent pour finalement devenir assez fortes pour résoudre les problèmes plus vastes de transformation sociale qui influaient sur leur vie. D'autres mères ont vu le jardin dans le simple but de cultiver des légumes. Ces deux activités, le jardin d'entraide et la mobilisation sociale qu'il pourrait créer, sont des résultats importants de l'autonomisation. Cet exemple soulève l'importante question de comment des petits groupes peuvent avoir tendance à mettre l'accent sur des problèmes individuels et non sur les causes profondes socio-environnementales de la pauvreté et l'impuissance.

L'analyse de problème renforce les capacités de la communauté lorsque l'identification des problèmes, des

solutions aux problèmes et des actions permettant de résoudre les problèmes est effectuée par la communauté elle-même. Lorsque ces compétences n'existent pas ou sont faibles, le rôle du praticien sera d'aider la communauté à procéder à une analyse de ses propres problèmes. Un certain nombre de méthodologies participatives a été développé spécialement dans ce but, y compris l'analyse rurale rapide, l'analyse rurale participative et autres procédures d'évaluation (Marsden, Oakley et Pratt, 1994).

Les professionnels de la promotion de la santé doivent être prêts à écouter ce que la « communauté » veut. Ils n'aimeront pas nécessairement ce qu'ils entendront, mais ils doivent s'engager à aller de l'avant en s'appuyant sur les préoccupations de la communauté.

3. Autonomiser les groupes pour le développement des organisations communautaires

Les structures d'organisation communautaire comprennent de petits groupes tels que l'église et les groupes de jeunes, les conseils communaux, l'union des exploitations paysannes et les coopératives d'agriculteurs, les gestionnaires des points d'eau et les associations d'eau potable. Ce sont des éléments organisationnels dans lesquels les gens se rassemblent pour faire connaissance et pour faire face à leurs préoccupations communes. Les organisations communautaires ne sont pas seulement plus grandes que les petits groupes d'entraide, elles ont aussi une structure établie, un leadership plus fonctionnel et la capacité d'organiser leurs membres afin de mobiliser les ressources nécessaires. Les organisations communautaires sont cruciales au continuum parce qu'à ce stade les personnes ont la possibilité d'acquérir les compétences et les réseaux nécessaires pour permettre aux petits groupes de faire la transition vers des partenariats et plus tard à l'action sociale et politique.

Tandis que les petits groupes se concentrent en général vers l'intérieur sur les besoins de leurs membres immédiats, les organisations communautaires se concentrent vers l'extérieur sur un environnement plus large qui crée ces besoins en premier lieu ou offre les moyens (ressources, possibilités) pour résoudre ces problèmes. Les individus sont bien au courant des problèmes plus généraux de la communauté quand ils ont acquis les compétences nécessaires pour analyser leurs besoins et problèmes immédiats. Plusieurs des stratégies qui se sont établies pour les praticiens en vue d'acquérir des compétences dans la sensibilisation aux questions sociales et politiques plus vastes qui influencent la vie des individus sont basées sur le travail du pédagogue Paulo Freire. C'est un processus d'émancipation par le biais de l'apprentissage ou l'enseignement et qui a été adopté comme une approche dans de nombreux programmes, y compris l'éducation pour la santé (Werner, 1988) et le développement communautaire (Hope et Timmel, 1988).

Les organisations communautaires permettent aussi aux gens de progresser le long du continuum de l'autonomisation en améliorant la capacité des petits groupes à mobiliser des ressources. Dans l'encadré 5.2 nous fournissons un exemple établi du projet de mobilisation des personnes âgées en Amérique du Nord qui a été utilisé par des organisations communautaires pour accéder aux ressources. Il est utile de revisiter cet exemple parce qu'il illustre le rôle du praticien comme un lien entre les ressources et la communauté pour aider les membres de la communauté à « cartographier » ou identifier leurs ressources internes (compétences, connaissances et différentes formes de pouvoir) pour les aider à construire à partir d'une position de force.

Encadré 5.2. : Le projet de mobilisation des personnes âgées

Une travailleuse de proximité d'une communauté de personnes âgées a été embauchée par un centre de santé communautaire. Elle a commencé le projet de logement en procédant à une enquête communautaire auprès des personnes âgées, annonçant l'enquête porte-à-porte par l'envoi postal à toutes les personnes âgées de la région et en plaçant des affiches dans leurs bâtiments. L'envoi postal et les posters comportaient des photos de l'agente, de sorte que les gens n'aient pas peur d'ouvrir leurs portes à un « étranger ». L'enquête a été structurée pour solliciter les idées des personnes âgées sur ce qui pourrait être fait pour rendre leur vie et leurs conditions de vie plus saines et quelles sont les suggestions, issues d'une enquête antérieure, sur lesquelles elles aimeraient se concentrer et y travailler.

Sur cette base, le projet de mobilisation des personnes âgées a demandé au service postal public de retourner la boîte aux lettres qui avaient été enlevée de leurs bâtiments (elle avait été remplacée par une boîte postale se tenant bien loin de là où résidait la plupart des personnes âgées). Les personnes âgées ont également initié un service de taxi à faible coût et l'utilisation à temps partiel d'un véhicule appartenant à un organisme de services sociaux pour les aider à quitter leur logement et aller dans les magasins environnants pour faire du shopping. Les services récréatifs étaient minimaux et les personnes âgées ont organisé leur propre comité pour leur organiser régulièrement des activités hebdomadaires. Le groupe des personnes âgées a également lancé un programme de recyclage de voisinage, a créé un groupe de plaidoyer contre la pauvreté et l'amélioration de l'aménagement paysager par les gestionnaires d'immeubles. L'organisateur et les membres du projet ont indiqué que l'effort d'organisation a réussi à

mobiliser de nombreux participants, parce qu'il a travaillé sur des objectifs clairs et à court terme identifiés par les résidents et, des comités de soutien orientés sur des problématiques importantes comme la faim, la pauvreté et le peu de moyen de transport sont intervenus seulement après que les premiers « succès » ont été expérimentés. Le raisonnement derrière ce stratagème est que les premiers succès à court terme sont nécessaires pour mobiliser un groupe jusqu'alors inorganisés. En lien avec cette idée, les réunions initiales sur les idées définies par l'enquête n'ont pas eu besoin de l'engagement continu de la part de ceux qui y ont participé. Exiger un engagement trop tôt dans le processus pourrait rendre beaucoup de gens réticents (NYCHPRU, 1993).

Le développement des organisations communautaires et du leadership local sont également étroitement liés et tous deux jouent un rôle important dans le développement de petits groupes d'entraide et des organisations communautaires. Le problème de la sélection d'un leadership approprié est discuté par Goodman et al. (1998), qui font valoir qu'une approche pluraliste dans la communauté où il y a une interaction entre les dirigeants officiels, ceux qui ont été élus ou nommés et les chefs de réputation, ceux qui servent officieusement la communauté, a de meilleures chances d'aboutir à la capacité communautaire. Toutefois, cette situation peut créer des conflits, par exemple, aux îles Fidji, les gens étaient disposés à identifier ouvertement que le leadership traditionnel (par position) était faible et que ceci était principalement dû à la faible capacité, au faible soutien et à la faible communication entre les dirigeants, la communauté et les organisations en dehors de la communauté. Toutefois, à travers des discussions, la communauté a pu dégager un certain nombre de solutions réalistes à ces faiblesses, par exemple, la formation en

leadership et la gestion du règlement des conflits entre les chefs de clan (Laverack, 2003).

4. Autonomiser les organisations communautaires pour développer des partenariats

Pour efficacement influencer la prise de décision politique au « haut niveau », les organisations communautaires doivent entrer en relation avec d'autres groupes partageant les mêmes préoccupations. Les organisations communautaires en établissant des partenariats, pourront renforcer les réseaux sociaux, mieux postuler pour des ressources limitées et accroître l'appui et la participation aux préoccupations des autres organisations membres. Les partenariats visent à permettre aux organisations communautaires de se développer au-delà de leurs propres préoccupations locales et de prendre une position plus forte sur les questions plus vastes grâce à la mise en réseau et au plaidoyer.

La question clé de l'autonomisation est de rester focaliser sur l'intérêt commun qui réunit les groupes et non sur les besoins individuels ou les problèmes des différents groupes dans le partenariat. L'exemple d'un partenariat qui a échoué par manque de clarté sur ce point important est illustré par un praticien qui, dans une grande ville au Canada, a convoqué un Comité sur le logement et la santé avec des militants de groupes de droits au logement. Ces groupes voulaient des logements plus sûrs, mieux chauffés, aérés et plus abordables. Le praticien a souhaité que son Agence soit la plus appropriée pour les questions soulevées par ces groupes communautaires. Le comité pour le logement et le partenariat pour la santé se sont réunis durant une année, documentant avec des études et une revue de la littérature existante que les préoccupations des activistes étaient légitimes. Le rapport est ensuite allé à travers un long processus d'examen interne par la direction de son

organisation. Finalement, les recommandations ont été réécrites, édulcorées de manière totalement non-défiante et non contraignante. À cette époque les groupes communautaires s'étaient retirés du partenariat avec le sentiment que leurs demandes n'avaient pas été honorées. L'erreur était que le partenariat était flou et empêtré dans un processus bureaucratique (mettant l'Agence de la santé et le Conseil municipal au centre) avec la participation à un processus de changement social (où le problème d'assurer des conditions de logements salubres est plutôt central). Au lieu de demander « Comment puis-je impliquer des groupes communautaires dans mon travail de développement des politiques ? », la question de partenariat que le praticien aurait dû se poser lui-même est "Quelles activités sont les mieux adaptées à la fin : opérer le changement politique dans la politique de logement ? » (Labonté, 1993).

Cela exige une reconnaissance du fait que ses exigences organisationnelles pour le changement diffèrent de celles des groupes communautaires et, en particulier, pour les dirigeants d'activistes au sein de ces groupes. Au lieu de cela, les agences de santé nécessaires pour soutenir les positions exprimées par des coalitions locales, contribuaient à légitimer ces questions par leur soutien et par toute autre nouvelle politique qu'elles pourraient créer.

5. Autonomiser les communautés pour mener des actions sociales et politiques

Alors que les individus sont en mesure d'influencer la direction et la mise en œuvre d'un programme par leurs contributions et leur participation active, cela ne suffit pas pour constituer l'autonomisation communautaire. La différence entre les approches participatives et d'autonomisation réside dans le planning et le but du processus. Les approches d'autonomisation ont pour but explicite de susciter une action sociale et politique et ceci

est inscrit dans leur sentiment de libération, de lutte et d'action politique. Si les individus concernés sont restés au niveau du petit groupe d'entraide, les conditions menant à leur pauvreté ne pourront pas être résolues. Si les gens s'engagent seulement dans des formes dominantes de lobbying par le biais d'une organisation communautaire et le développement de partenariats, sans contestation civile ou d'autres formes d'action politique, ceux qui ont du pouvoir sur les décisions économiques et politiques auront peu de raisons de les écouter. Les individus progressent dans le continuum d'une position d'action personnelle à un point où ils sont collectivement impliqués dans le redressement des causes profondes sous-jacentes de leur préoccupation à travers l'action sociale et politique.

Le pouvoir pour influencer le changement économique, politique, social et idéologique impliquera inévitablement la communauté dans la lutte avec ceux qui détiennent déjà le pouvoir (une situation gagnant-perdant). Dans un contexte de programme, le rôle de l'Agence de promotion de la santé, à la demande de la communauté, consiste à renforcer les capacités, fournir des ressources et à autonomiser les individus et les organisations. Nous, en tant que praticiens, devons reconnaître que travailler de manière autonomisante est une activité politique et qui peut avoir à utiliser des techniques de confrontation pour forcer le plus puissant à négocier les conditions avec le moins puissant, mais de plus en plus, autonomisé. Même dans un contexte de programme, les approches d'autonomisation communautaire peuvent nécessiter des périodes d'interruption d'activité politique avant que les conditions de négociation soient possibles. Les structures de pouvoir autoritaire, de l'administration et d'autorité demeurent dominantes et une partie du rôle de la promotion de la santé est de s'efforcer de contester ces circonstances.

Une étude de recherche-action d'un ministère canadien de la santé, a élaboré quatre conditions préalables clés pour une pratique de promotion de la santé autonomisante : **1.** Des praticiens compétents sur le plan de l'analyse et de la communication et possédant une réflexion extrêmement critique ; **2.** Des relations de soutien par les pairs et des normes organisationnelles ; **3.** Des gestionnaires axés sur l'autonomisation communautaire ; et **4.** Des politiques internes facilitantes. Cette étude permet d'illustrer certains des principes importants de la transformation des relations de pouvoir professionnel (voir chapitre 3) et l'utilisation du continuum de l'autonomisation communautaire.

1. **Des praticiens compétents sur le plan de l'analyse et de la communication et possédant une réflexion extrêmement critique.**

La relation de la promotion de la santé est créée entre les gens et, par le biais de personnes, entre groupes, organisations et institutions. Le professionnel de la promotion de la santé est le pivot sur lequel ces relations s'équilibrent. Les compétences nécessaires à une pratique de promotion de la santé autonomisante sont nombreuses, mais consistent principalement en des prouesses analytiques et communicatives. Les compétences analytiques aident à surmonter le localisme d'un groupe et son conservatisme potentiel ou ses pratiques anti-démocratiques et à inciter ses membres à l'action politique. Les compétences communicatives, qui comportent l'écoute efficace, l'animation de groupe et les relations interpersonnelles respectueuses, permettent au professionnel de la promotion de la santé de partager ses connaissances et celui de l'Agence de la santé, sans les imposer ou annulant les connaissances générées par le groupe.

Une telle pratique n'est pas simplement un exercice de compétences techniques. Il exige une « position éthique », celle dans laquelle les praticiens reconnaissent leur propre pouvoir autoritaire initial et mettent celui-ci à la disposition des groupes communautaires. Le pouvoir autoritaire professionnel (des revenus plus élevés, le statut, la légitimité organisationnelle et politique et la capacité à influencer les programmes des autorités politiques) devient transformatif quand ceux qui les exercent le font avec l'intention que d'autres dans la relation accumulent plus de pouvoir.

2. **Des relations de soutien par les pairs et des normes organisationnelles.**

Le soutien principal que le professionnel de promotion de la santé reçoit dans ce processus de transformation vient de ses pairs. Ce soutien nécessite des normes organisationnelles qui valorisent des styles de pratique qui sont autonomisantes. Ce ne sont pas tous les professionnels de la santé qui peuvent ou devraient adopter des pratiques d'autonomisation communautaire. Ni les membres de la communauté veulent toujours être « autonomisés » mais peuvent exiger, au lieu de cela, des services directs qui sont offerts de façon bienveillante et respectueuse. Ne pas reconnaître et valoriser les différentes formes de pratiques à chaque étape du continuum de l'autonomisation communautaire peut donner lieu à des rivalités de statut supérieur ou inférieur aux pratiques estimées. Les relations de soutien par les pairs nécessitent également une approche de « transfert » de travail autonomisant. Les différents praticiens rencontrent des situations qui dépassent les compétences propres à leur discipline ou leur base de connaissances. Le soutien par les pairs nécessite des approches qui mettent les problèmes sur la table aux réunions du personnel, des retraites de team-building portant sur les relations de pouvoir et de partage du pouvoir

et des ateliers de développement de connaissances dans lesquels sont analysés les déterminants sociaux de la santé positive. Une pratique de promotion de la santé autonomisante nécessite le respect organisationnel pour l'autonomie de praticien, des styles et horaires de travail flexibles et une volonté d'accepter, plutôt que d'éviter, la controverse publique.

3. Des gestionnaires axés sur l'autonomisation communautaire.

Le démantèlement de la hiérarchie organisationnelle est un préalable nécessaire à une culture organisationnelle favorable à une pratique de promotion de la santé autonomisante, puisque la hiérarchie s'accompagne du plus grand exercice du pouvoir autoritaire. Une certaine structure hiérarchique continuera de caractériser les institutions étatiques et même les groupes communautaires officialisés. La délégation de pouvoir de décisions (hiérarchie) est nécessaire au fonctionnement de n'importe quel groupe complexe avec un grand nombre de membres et plusieurs questions et tâches à régler. Même avec des gestionnaires bien informés, s'ils ne sont pas aussi compétents, alors la pratique de la promotion de la santé autonomisante est essentielle. Ces gestionnaires sont en mesure de protéger le professionnel de la promotion de la santé lorsque la reddition de comptes aux groupes communautaires, ainsi qu'à l'Etat, crée la controverse. À son tour, le professionnel de la promotion de la santé doit comprendre les systèmes de responsabilisation doubles auxquels sont confrontés leurs gestionnaires : celui de maintenir un degré d'autonomie de la fonction publique tout en « gérant » la reddition de comptes de l'organisation au niveau supérieur de l'Etat et des autorités politiques.

4. **Des politiques internes facilitantes.**

Les politiques de l'Agence de la santé, bien que potentiellement restrictives d'autonomie du praticien, peuvent également être habilitantes, protégeant les pratiques innovantes tout en limitant les pratiques antérieures qui ont été désautonomisantes. Ces politiques doivent inclure des analyses sociales et des modèles qui tiennent compte des objectifs de la « voie parallèle » de l'autonomisation communautaire. Ils doivent définir la promotion de la santé comme une pratique qui prend en charge les actions sociales autour des conditions structurelles du pouvoir/impuissance, grâce à la dynamique créée par ses propres politiques internes pour promouvoir l'autonomisation communautaire (Labonté, 1996).

La logique de base offerte par le continuum de l'autonomisation communautaire est visible dans la vie quotidienne, par exemple, les actions localisées des résidents concernés par les menaces environnementales ou les actions plus larges des citoyens manifestant dans les rues contre la gouvernance non démocratique ou corrompue dans leur pays.

Dans l'encadré 5.3 nous offrons un exemple des actions locales de résidents à Werribee, Australie pour protester contre l'implantation d'une décharge de déchets toxiques dans leur communauté.

Enfin, il est important de reconnaître que l'autonomisation prend une signification en ce qui concerne les questions spécifiques autour desquels l'impulsion du groupe se développe ou se fane au fur et à mesure que sa composition se modifie. Il n'y a jamais de pouvoir ou d'autonomisation communautaire absolue. Plutôt, les deux n'existent seulement qu’en ce qui concerne des questions particulières

autour desquelles les individus forment des "communautés" pour créer ou pour résister au changement.

Encadré 5.3. : L'autonomisation communautaire par les résidents de Werribee, Australie

Werribee est une ville de 80 000 habitants, située dans une zone agricole et maraîchère près de la ville de Melbourne. À bien des égards, Werribee est une ville de campagne typique avec une sensation de sommeil à la zone commerciale centrale dépourvue de grands immeubles et des grands magasins de grande surface. Bien que les résidents de Werribee avaient eu l'expérience antérieure de la mise en place de projets importuns dans leur communauté, cela a été une nouvelle dévastatrice lorsqu'en 1996, le ministre du gouvernement local annonça l'implantation de la décharge de déchets toxiques. La Société de sucre raffiné (Colonial Sugar Refining, CSR) a été mandatée par le gouvernement de Victoria pour préparer un énoncé des effets environnementaux dans l'intention que la CSR devienne l'agent de mise en œuvre du projet.

Les actions des habitants de Werribee suivirent la logique de base offerte par le continuum de l'autonomisation communautaire. L'annonce de l'implantation de la décharge fût un déclencheur émotionnel suffisant pour les résidents indignés pour prendre des mesures personnelles. Leur objectif était contre la décharge de déchets toxiques que les résidents considéraient comme préjudiciables à la santé et à l'économie de la communauté. Les individus rapidement s'organisèrent en un groupe d'action des résidents appelé "RWCDT" (Les résidents de Werribee contre les déchets toxiques). Certains individus contribuèrent à l'élaboration de ce petit groupe d'entraide et sa croissance rapide en un organisme compétent. En l'espace de 18 mois, la communauté réussit à établir une campagne efficace pour

sensibiliser le public et influencer les décideurs politiques. RWCDT a employé des experts locaux qui privilégièrent une approche sophistiquée de diffusion de l'information. Le soutien local a permis d'établir un centre des opérations informatisées et de partenariats avec des universités locales qui contribuèrent à élargir le niveau d'expertise de RWCDT.

La campagne a été menée d'une manière positive et profonde, travaillant en permanence dans les coulisses pour susciter des changements politiques et sociaux en faveur des résidents de Werribee. Après une énorme démonstration de force où 15 000 personnes manifestèrent contre le choix de l'emplacement de la décharge et une pétition de plus de 100 000 signatures, la CSR abandonna le projet en novembre 1998. La participation, la mobilisation des ressources locales, une stratégie volontariste de sensibilisation et d'action cohérente contre le CS a permis au RWCDT de conduire à la défaite une des plus grandes sociétés australiennes qui avaient été soutenues par l'un des gouvernements d'Etat les plus déterminés (Strong, 1998).

Dans ce chapitre nous avons montré que la communauté est un concept complexe plus utilement considéré comme des individus hétérogènes qui s'organisent en groupes autour de questions communes, des intérêts, des identités ou des préoccupations. Nous avons fait valoir que l'autonomisation communautaire, à son tour, est un phénomène à plusieurs niveaux, un résultat et un processus, qui peut être considéré comme progressant le long d'un continuum dynamique.

CHAPITRE 6. : RÉSOUDRE LES TENSIONS DANS LES PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Les professionnels de promotion de la santé peuvent souhaiter s'engager dans le processus d'autonomisation communautaire, mais ils travaillent encore dans des organisations qui sont axées sur des programmes. Dans ce chapitre, nous abordons comment l'autonomisation communautaire peut être opérationnalisée dans un contexte de programme. Nous montrons que les approches « top-down » (descendante) et « bottom-up » (ascendante), bien que souvent considérées comme étant en compétition, n'ont en pratique aucune tension entre elles ou du moins il ne devrait exister aucun conflit entre les deux. Nous illustrons cet argument avec des exemples d'études de cas de ces deux approches.

Intentionnellement, nous utilisons la terminologie « top-down » et « bottom-up » dans ce livre parce qu'elle met clairement en perspective la manière avec laquelle les tensions dans les programmes de promotion de la santé ont été considérées par convention. La communauté a traditionnellement été considérée comme identifiant et communicant ses propres problèmes aux structures hiérarchiquement supérieures dans des approches « bottom-up », alors que l'inverse a été considéré comme une programmation descendante (top-down).

Les approches top-down et bottom-up sont des types idéaux des meilleures pratiques théoriques offrant des différences importantes pour le professionnel de la promotion de la santé. Dans le tableau 6.1, nous résumons les différentes caractéristiques entre les approches top-down et bottom-up.

Tableau 6.1. : Les différentes caractéristiques des approches de promotion de la santé top-down et bottom-up

Caractéristiques	Approches top-down	Approches bottom-up
Rôle des agents	Les agents extérieurs définissent le problème, élaborent les stratégies pour résoudre le problème, impliquent la communauté pour aider à résoudre le problème.	Les agents extérieurs agissent pour soutenir la communauté dans l'identification des problèmes qui sont importants et pertinents pour leur vie et leur permettent d'élaborer des stratégies pour résoudre ces problèmes.
Modèle	Définissent un calendrier à court et à moyen terme, le budget, l'analyse des intervenants.	À long terme sans un calendrier précis de programme défini.
Objectifs	Les objectifs sont déterminés par l'agent de l'extérieur et sont généralement en lien avec la modification de comportements spécifiques pour réduire la maladie et améliorer la santé.	La communauté définit les objectifs qui sont négociés avec l'agent de l'extérieur. Ceux-ci peuvent être relatifs à la maladie et aux comportements, mais aussi avec les résultats de l'autonomisation communautaire et les changements politiques et sociaux.
Mise en œuvre	La maîtrise des décisions reste	La maîtrise des décisions est constamment en cours

	essentiellement avec l'agent de l'extérieur.	de négociation.
Terminologie	Également connues sous le nom de programmes à base communautaire et programmes de planification sociale.	Également connues sous le nom de programmes d'autonomisation communautaire, de développement communautaire et de renforcement des capacités communautaires.
Évaluation	L'évaluation est relative aux objectifs et aux résultats souvent déterminés par les mandataires extérieurs.	L'évaluation est soucieuse du processus et des résultats et de l'inclusion des participants.

La promotion de la santé dans un contexte de programme

Les programmes de promotion de la santé impliquent toujours une relation entre les différentes parties prenantes et suivent habituellement un modèle prédéterminé pour leur mise en œuvre et l'évaluation. La principale relation s'établit entre l'agent extérieur et une personne, un groupe ou une communauté qui reçoivent une prestation de services et des ressources. L'agent extérieur peut exister au sein ou en dehors de la communauté et peut être une personne ou une organisation qui offre le programme. Pour la plupart des professionnels de promotion de la santé, l'agent extérieur est lui-même et son employeur, par exemple, un ministère de la santé ou un département de la santé, un hôpital local, l'administration municipale ou une ONG.

Le cycle de programmation est classiquement considéré comme un processus qui doit être géré et contrôlé par l'agent extérieur ; comme l'information est recueillie, elle est prise en compte pour modifier le calendrier du programme, le budget, les parties prenantes et le but (Youker et Burnett, 1993). Généralement le cycle de programmation comprend : une période d'identification ; la conception ; la révision ; l'approbation ; la mise en œuvre ; la gestion et l'évaluation. Les premières idées qui se dégagent de la phase d'identification doivent être développées dans une forme cohérente et logique en tant que programme. Il s'agit de la fonction de l'étape de la conception du cycle du programme. Elle implique la spécification des buts du programme, les objectifs, les activités, les ressources et les résultats attendus. La révision est l'étape à laquelle l'organisme extérieur estime si le programme est adapté pour le financement et son soutien. Le planning des activités du programme et le modèle sont sérieusement réexaminés pour s'assurer de leur pertinence et de leur coût-efficacité. La mise en œuvre suit et l'évaluation commence normalement à la fin d'une phase ou, plus souvent, vers la fin du programme.

La façon dont les problèmes de santé sont définis dans un contexte de programme est l'une des questions les plus importantes dans une pratique de promotion de la santé autonomisante. L'approche « top-down » décrit des programmes où l'identification des problèmes provient des structures d'en haut dans le système vers la communauté, tandis que l'approche "bottom-up" est l'inverse, où la communauté identifie ses propres problèmes et les communique aux structures d'en haut. Très peu d'agences ou d'organismes de santé utilisent l'approche « bottom-up » pour la promotion de la santé, la plupart adoptant une perspective "top-down". Les projets de développement communautaire, même lorsqu'ils sont exécutés par des

ONG, sont supposément plus « bottom-up » que « top-down », mais ont souvent été extérieurement imposés et paternalistes plutôt qu'essayant de partager le pouvoir avec d'autres (Petersen, 1994).

Les programmes top-down de promotion de la santé

La caractéristique essentielle d'une approche top-down est que l'Agence de la santé isolément identifie le problème ou la question à traiter par le programme et orchestre sa conception, la mise en œuvre et l'évaluation. L'Agence mobilise des individus, des groupes et des organisations, pour traiter des maladies spécifiques ou des problèmes comportementaux. Les programmes top-down renforcent un rapport de force caractéristique entre les différents acteurs du programme, les agents extérieurs (les professionnels de la promotion de la santé) et les individus ou des groupes cibles. Cette relation est une forme de pouvoir autoritaire où c'est l'agent extérieur qui exerce un contrôle sur la planification des programmes et le financement et où les individus ou groupes cibles sont supposés participer, mais pas nécessairement y prendre activement part. L'identification des objectifs du programme est souvent basée sur des données épidémiologiques mesurables et est biaisée vers une médecine plus étroite ou une approche comportementale/mode de vie, réduisant la santé à la seule finalité de la maladie. L'évaluation de programme utilise en général des données quantitatives et met l'accent sur les résultats qui sont évalués par des « experts », souvent nommés par les agents extérieurs. L'approche top-down est généralement conçue autour d'une maladie particulière, comme les maladies cardiaques et un ou plusieurs comportements de santé associés à la maladie, par exemple, le tabagisme, l'alimentation et l'activité physique. Le programme adopte des stratégies telles que le marketing

social, l'éducation pour la santé et le plaidoyer par les médias qui sont offerts à travers la communauté qui est considérée comme un moyen ou un site pour l'intervention. La « communauté » est définie à son tour par les agents extérieurs comme un groupe cible ou une population qui s'inscrit dans la conception du programme, par exemple, une intervention visant à réduire les maladies sexuellement transmissibles peut cibler des groupes de jeunes. Les programmes top-down s'intéressent généralement à la conformité des modes de vie et comportements à certaines normes prédéterminées par des professionnels plutôt qu'à l'autonomisation communautaire (Boutilier, 1993).

Des exemples de programmes top-down sont discutés ci-dessous, mais comprendraient presque toutes les interventions d'éducation pour la santé ou celles visant la réduction des facteurs de risque multiples. Un examen des communications soumises lors d'un séminaire organisé par l'Union internationale pour la promotion de la santé et d'éducation pour la santé en 1995 par les représentants d'Australie, d'Amérique et du Canada a trouvé que presque tous les objectifs de promotion de la santé ont été élaborés en termes de prévention des maladies et du changement de comportement et de mode de vie (Labonté, 1998). De même, la déclaration d'action pour la Promotion de la santé au Canada (Association canadienne de santé publique, 1996), qui a entrepris des discussions avec plus de 1000 professionnels de la santé et des bénévoles, a résumé que la plupart des politiques et des pratiques dans le domaine de la promotion de la santé au Canada relèvent d'une approche top-down. La déclaration préconise une réorientation vers des politiques qui soutiennent l'approche socio-environnementale plus autonomisante.

Les succès des programmes top-down

Compte tenu de la popularité des programmes top-down dans la promotion de la santé, il est utile d'explorer les raisons de leur constante utilisation. Parmi les exemples significatifs de programmes top-down on peut citer ceux du projet de la Carélie du Nord sur les maladies cardiovasculaires (Puska et al., 1995), les projets d'intervention pilotes sur les multiples facteurs de risque (MRFIT), des essais d'intervention communautaire pour la cessation du tabagisme (COMMIT) (Syme, 1997) et d'action planifiée pour la santé communautaire (PATCH) (Braddy et al., 1992).

Malgré leur popularité, ces approches ont reçu de plus en plus de critiques pour leurs échecs et leur faible degré de réussite par rapport aux ressources dépensées au cours du programme. Il y a également eu un désenchantement croissant du praticien avec les approches top-down dans la promotion de la santé (Labonté, 1998). Les succès dans les programmes top-down ont été démontrés à petite échelle, principalement en Amérique du Nord, avec des changements de comportement positifs tels que les compétences parentales et les programmes de prévention ciblant l'école. Hyndman (1998) résume un corpus considérable de recherches en promotion de la santé et souligne que le succès de ces programmes top-down à petite échelle est leur capacité à avoir des liens plus étroits avec la communauté qui génèrent en retour un plus fort sentiment d'appartenance sur les facteurs qui affectent sa santé. Les programmes top-down à petite échelle ont commencé à ressembler à des initiatives bottom-up plutôt que d'être des interventions top-down fortement centralisés et institutionnalisés. Des grands programmes top-down comme le projet de la Carélie du Nord a reçu la plus large publicité et est salué comme un pionnier avec un grand

succès que d'autres projets pourraient imiter. L'encadré 6.1 examine brièvement le fondement de la réussite de ce projet. Nous faisons valoir que, même en acceptant ses réalisations, les professionnels de promotion de la santé pourraient être en train de généraliser de faux enseignements.

Encadré 6.1. : Le projet de la Carélie du Nord : 30 ans de succès.

La conception et la mise en œuvre du projet de la Carélie du Nord sont censées être à la suite de la demande de la communauté au sujet des facteurs de risque de la santé du cœur. Cependant, à regarder de plus près, l'histoire du projet révèle que le sens de la « communauté » peut avoir été mal interprété par les programmes de promotion de la santé. Un projet antérieur en Finlande conçu afin de réduire les maladies cardiovasculaires en remplaçant les graisses journalières en lait par le soja et le beurre par une margarine légère a eu un succès considérable. Cela a conduit à des recherches plus poussées et à la mise en œuvre de projets et un réseau de sections régionales de l'Association finlandaise du cœur. Le soutien sans cesse croissant à ces interventions a conduit le gouverneur de la Carélie du Nord à proposer aux membres du Parlement de la province, aux représentants du gouvernement et aux ONG la mise en place d'un groupe de pression. Ce groupe a sollicité des aides de l'Etat par le biais d'une pétition pour réduire les maladies cardiovasculaires dans la province en 1971. Le gouverneur lui-même a conduit la délégation qui a emmené la pétition à Helsinki pour gagner de la publicité et de l'intérêt ainsi que pour convaincre le gouvernement de s'engager dans le projet. C'est là que la « communauté » a formulé les demandes d'amélioration pour les maladies cardiovasculaires en Carélie du Nord, pas les principaux intéressés ou les personnes vivant dans la communauté, mais les députés et les représentants organisationnels. Le

projet a été lancé au début des années 1970 comme une réaction politique à la question de la santé (Puska et al., 1995). Les professionnels de promotion de la santé peuvent avoir généralisé de mauvaises leçons du projet. Ils ont mis l'accent sur le thème des facteurs de risque de la santé du cœur lui-même et les activités du programme mis en œuvre en Carélie du Nord plutôt que de considérer les raisons politiques, historiques et culturelles qui constituent pourquoi et comment la santé du cœur est rapidement devenue une préoccupation de la communauté.

Pourquoi les programmes top-down échouent habituellement ?

Quelques années auparavant, Nicholas Freudenberg (1997), un éminent chercheur américain en promotion de la santé, a passé en revue cent-cinquante-cinq programmes de promotion de la santé en milieu urbain aux États-Unis. Presque la quasi-totalité d'entre eux serait adaptée au cadre de la définition des programmes « top-down ». Freudenberg a trouvé que, à quelques exceptions près, les programmes ont échoué à atteindre leurs objectifs et généralement n'ont pas pu arriver à joindre les plus vulnérables ou encore associer leur participation. Une partie du problème était que les programmes traitaient de problèmes particuliers, comme la violence, le VIH/SIDA ou la drogue, mais n'ont pas abordé les facteurs sociaux et économiques qui influençaient clairement tant l'existence du problème que la santé globale de la communauté. Leonard Syme (1997), l'un des principaux épidémiologistes sociales américains, de même fournit une analyse perspicace de l'échec de deux programmes top-down bien connus aux États-Unis, l'Intervention pilote sur les multiples facteurs de risque (MRFIT) et les essais

d'intervention communautaire pour la cessation du tabagisme (COMMIT).

Le MRFIT était un programme décennal visant à réduire la mortalité due à la cardiopathie dans le groupe mâle des premiers dix pour cent à risque. L'essai a entrepris une étude massive de 400 000 hommes dans 22 villes et a choisi au hasard 6 000 pour l'intervention et 6 000 pour le groupe témoin. L'essai était le plus ambitieux, le plus coûteux et le plus intensif jamais essayé nulle part ailleurs à ce moment-là. L'essai a échoué, et six ans après, les hommes du groupe d'intervention n'ont pas atteint un niveau plus bas de mortalité de maladie coronarienne que les hommes dans le groupe témoin. Le COMMIT consistait, quant à lui, en des études dans tout le pays, impliquant plus de 10 000 gros fumeurs dans 11 villes avec un groupe témoin apparié. À la fin de cet essai, il y avait seulement une modeste différence dans le taux des personnes ayant arrêté de fumer entre les groupes d'intervention et de contrôle. L'essai qui a coûté des millions de dollars et qui a utilisé une équipe « d'experts » hautement motivés et qualifiés pour la mise en œuvre, a de la même manière échoué (Syme, 1997).

L'analyse faite par Syme de ces programmes pointe du doigt les « experts » comme étant un facteur majeur contribuant à l'échec. La motivation pour changer les comportements doit provenir du sein même de la communauté et pas d'un expert. Syme lui-même admet qu'accepter l'expertise des connaissances de santé des communautés (non-professionnelles) et partager l'expertise professionnelle afin que les membres de la communauté puissent l'utiliser pour construire leurs propres capacités d'autonomisation, sont très peu familiers à de nombreux professionnels de la santé. Il admet que la mise à disposition des communautés des informations de santé

(éducation et sensibilisation) joue un rôle dans la promotion de la santé, mais qu'elle doit soutenir les questions et les problèmes qui ont été identifiés par ces communautés comme étant pertinents et importants pour elles.

Marie Boutilier (1993), dans son essai sur les programmes de promotion de la santé canadienne, fait valoir que le principal objectif des programmes de promotion de la santé top-down tels que le COMMIT et le MRFIT est d'améliorer la pratique professionnelle. Elle fait valoir que le but inexprimé des programmes top-down est la reddition de compte envers les bailleurs de fonds, l'efficacité de la pratique et la valeur conférée à l'argent. Cet accent mis sur la reddition de compte et l'efficacité vis-à-vis des bailleurs de fonds porte atteinte à ce que la communauté essaie de dire, ce que sont leurs besoins et comment nous, en tant que professionnels de la santé, devrions les prendre en charge. Leonard Syme (1997) va plus loin. Il croit que la plupart des gens ne changent pas de comportements de santé à haut risque et ceux qui le font, le font pour des raisons n'ayant aucun rapport avec les activités top-down des interventions de promotion de la santé.

Les forces et les faiblesses des programmes top-down

Peut-être une des raisons principales pour laquelle la programmation top-down reste l'approche dominante dans la promotion de la santé est qu'elle permet aux professionnels extérieurs de maintenir le contrôle. Les agents extérieurs (professionnels de la promotion de la santé, les régies de la santé, les ONG, etc.) sont de plus en plus soucieux de la rentabilité et de la reddition de compte des programmes aux bailleurs de fonds à cause des coupures budgétaires et de la restriction des cordons boursiers. L'avantage de la programmation top-down est qu'elle permet aux agents de prédéfinir les objectifs,

l’approche stratégique, les moyens de mise en œuvre, le budget et le chronogramme. Les agents sont en mesure de maintenir des niveaux de performance et de suivre les progrès au cours du cycle de programmation à l'aide d'indicateurs de résultats quantifiables. Les agents extérieurs font souvent appel à un gestionnaire de projet pour superviser la mise en œuvre du programme et une équipe de consultants pour surveiller et évaluer les progrès accomplis. La maîtrise des décisions reste essentiellement entre les mains des agents extérieurs et la communauté est impliquée principalement pour aider à mettre en œuvre le programme préétabli.

Les programmes top-down peuvent être considérés comme une contradiction directe avec les principes d'autonomisation de la pratique de promotion de la santé dont nous avons déjà discutés dans ce livre. Les programmes top-down, par la nature même de leur conception et de leur prestation, peuvent en fait être désautonomisants, surtout pour ceux qui sont déjà défavorisés et qui, par ironie du sort, sont souvent les bénéficiaires de ces programmes. Ces programmes peuvent renforcer les sentiments d'impuissance des gens en ignorant leurs préoccupations, bafouant leurs besoins et en donnant le message que leurs problèmes ne sont pas pertinents pour ceux qui détiennent le pouvoir, les agents extérieurs et les « experts » de la promotionde la santé. Les programmes top-down courent le risque réel de contraindre la communauté à être impliquée dans les questions qui ne sont pas une priorité pour elle, mais dans lesquelles elle est appelée à participer et auxquelles elle est censée contribuer. Labonté et Robertson (1996) de plus font valoir que les communautés peuvent dépenser des ressources précieuses pour se mobiliser et s'organiser autour d'un programme qui est trop étroitement axé sur le mode de vie et les résultats comportementaux plutôt que sur les questions qui

concernent les changements politiques et structurels sur les conditions de risque socio-environnementales sous-jacentes.

Les premiers essais des programmes d'action planifiés pour la santé communautaire (PATCH) aux États-Unis par le Centre de Control de la Maladie (CDC) fournissent un exemple de certaines des faiblesses de la programmation top-down. Les programmes PATCH auraient commencé en demandant aux dirigeants de la communauté les principaux problèmes de santé dans leur quartier. Ceux-ci ont été souvent exprimés comme des conditions socio-environnementales telles que la pauvreté, le logement, le chômage et le racisme. Les enquêtes sur les facteurs de risque faisaient également partie du processus de planification précoce, afin de compléter les « opinions » des dirigeants de la communauté avec supposément plus de faits « objectifs ». Ces enquêtes ont montré que les maladies cardiovasculaires, les cancers et les comportements spécifiques nuisibles à la santé ont été les principaux problèmes, surtout parce que ces problèmes étaient les seuls à être étudiés par l'enquête. Les responsables communautaires ont été ensuite « convaincus » par les données que les préoccupations qu'ils avaient identifiées étaient moins importantes que celles révélées par l'enquête. Les objectifs immédiats du programme, les responsables se sont laissés dire, devraient être de promouvoir des modes de vie plus sains et de dépister les maladies cardiovasculaires. Les responsables les plus autonomes ont tout simplement abandonné le programme, parce que celui-ci n'était pas respectueux de leurs connaissances ou préoccupations. La participation communautaire dans le programme définie par l'enquête et dirigée par des experts était souvent faible voire inexistante, car le programme ne tenait pas compte de leurs intérêts. Plustard les programmes PATCH ont appris de

cette expérience et n'ont plus eu besoin de l'enquête sur les facteurs de risque et ont mis en place des structures de planification fondées sur les questions soulevées par la communauté. Bien que consommateurs de beaucoup de temps, les résultats de l'utilisation d'une structure de planification comme un comité qui engage activement la communauté peuvent être une force, comme le montre l'exemple de l'Australie dans l'encadré 6.2.

Encadré 6.2. : Le projet de Dalby-Wambo santé 2000

Le projet Dalby-Wambo santé 2000 fut établi par le ministère de la santé dans le Queensland en Australie en 1987 et a appliqué le modèle de PATCH. Un Comité de planification a été formé composé de représentants du secteur privé, d'organisations communautaires, de professionnels de la santé et la communauté.

Une combinaison d'instruments de collecte de données a été utilisée pour élaborer un profil de santé publique de la communauté, y compris la morbidité et la mortalité, les blessures et les résultats du dépistage des maladies chroniques. Le Comité a par la suite identifié trois priorités pour les interventions en santé : les lésions ischémiques cardiaques, les cancers et les blessures par vélo.

Une évaluation a montré que quatre facteurs clés ont été observés comme ayant contribué à la réussite du programme : 1. La grande visibilité créée au moyen d'un logo et la couverture médiatique des données de santé appuyant les interventions ; 2. Une réponse communautaire positive ; 3. La participation continue des représentants des comités ; et 4. Le partage des ressources entre les différents partenaires du programme (O'Connor et Parker, 1995, p.89).

Les programmes bottom-up de promotion de la santé

L'autre forme principale de programmes de promotion de la santé discutée plus tôt est l'approche "bottom-up". Tandis que la plupart des programmes de promotion de la santé sont top-down, ceux qui travaillent activement avec une approche bottom-up restent passionnés quant aux possibilités d'autonomisation des individus et des communautés. Le terme « bottom-up » décrit le rôle de l'agent extérieur comme permettant aux individus et aux communautés d'identifier leurs propres problèmes, les solutions et les actions et de participer activement à la conception des programmes, la mise en œuvre et l'évaluation. Pour ce faire, l'agent extérieur doit transformer son pouvoir dominant en une relation de pouvoir participatif où la communauté partage et, de plus en plus, prend le contrôle du programme. Au cœur des programmes bottom-up est l'autonomisation des individus et des communautés, les véritables principes d'appropriation, de l'action communautaire et de contrôle préconisés par la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé.

L'approche bottom-up, comme le développement communautaire, est souvent citée comme une des stratégies centrales de promotion de la santé parce qu'elle a quelque chose à avoir avec le renforcement des capacités/autonomisation communautaires qui amène les gens à expérimenter une meilleure maîtrise de leur vie et de leurs conditions de vie. Pour atteindre ces objectifs, la communauté doit être en mesure de se mobiliser autour d'une question particulière. Les communautés sont plus susceptibles de se mobiliser autour de questions qui sont pertinentes et importantes pour leur vie, des questions qu'elles ont elles-mêmes identifiées (Raeburn, 1993). Les approches bottom-up sont également concernées par la localité géographique, quelque chose que les approches

top-down n'ont pas fortement souligné, par exemple, la famille, les groupes informels, les groupes d'action sociale, les associations récréatives et une foule d'autres possibilités de ce que Fisher (1993, p. 165) appelle « espace libre », où les gens peuvent se rencontrer pour discuter de leurs besoins et les enjeux qui influent sur leur vie.

Il reste encore beaucoup de confusion parmi les agences de santé et les professionnels de promotion de la santé au sujet de ce que signifie réellement le « bottom-up » et comment il peut être implémenté efficacement. L'approche bottom-up est également critiquée pour l'absence de preuve d'étude de cas qui analyse sa théorie et fournit des exemples réels de ses réussites et les échecs de façon rigoureuse. Certaines des meilleures preuves du succès viennent de projets dans les pays en développement comme c'est le cas dans le projet rapporté par Houéto et Deccache (2008) sur le paludisme dans une communauté rurale au Bénin. Dans ce projet, les agents extérieurs bien que conscients que le paludisme est la première cause de mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le village cible, se sont comportés comme ne connaissant pas les causes de décès des enfants dans ce village particulier. L'analyse faite par la communauté l'a amené à faire ressortir un certain nombre de causes dont la fièvre qui est le principal signe du paludisme dans ce milieu. Les solutions proposées par la communauté pour faire face à ces causes identifiées sont de très loin ce que les agents extérieurs étaient en mesure d'imaginer du fait de leur vision biomédicale de la santé. C'est la mise en œuvre de ces solutions et par la communauté elle-même qui a conduit au succès de ce projet. Ces études de cas révèlent des caractéristiques communes : une petite échelle, généralement de projets mis en œuvre par des ONG plutôt que l'administration de l'État, à l'aide d'une approche flexible et participative. Ces caractéristiques sont souvent peu connues de

l'administration des grandes agences telles que les ministères des gouvernements dont le souci est de plus en plus avec des objectifs et des résultats prédéfinis, la reddition de compte et le rapport coût-efficacité aux bailleurs de fonds. Les organismes gouvernementaux emploient souvent des « économies d'échelle » au niveau régional ou national avec très peu de place pour la rétroaction et la restructuration au cours de l'élaboration du programme. Ici, nous insinuons simplement que les normes administratives sont souvent plus contraignantes pour les professionnels de promotion de la santé travaillant au sein du gouvernement et, plus ils sont élevés dans la hiérarchie, plus rigides ils deviennent (du niveau local au provincial et au niveau central représenté par le ministère du gouvernement national). L'encadré 6.3 nous fournit un exemple d'une approche bottom-up d'action communautaire dans un village guatémaltèque.

Encadré 6.3. : Des Structures organisationnelles dans un village de Guatemala

Marilyn Tonon (1980) a décrit l'action communautaire dans un village guatémaltèque visant à apporter des améliorations en matière d'assainissement. Le village était patriarcal et contrôlé par les hommes, en particulier en ce qui concerne les activités à l'extérieur de la maison. Les agents ont été sensibles au contexte culturel de participation au programme et n'ont pas tenté de faire participer les femmes aux réunions des hommes. Certains leaders d'opinion mâles informels du village avaient de la réputation et ces personnes ont été invitées à prendre part aux discussions concernant le projet. Ce groupe relativement restreint de gens a tenu plusieurs réunions avant la création par lui-même du Comité de mieux-être communautaire composé de vingt-cinq membres de la communauté masculine, un organisme communautaire (bottom-up).

Grâce au Comité de mieux-être, l'agent extérieur a obtenu le soutien de la communauté et a été en mesure de collaborer sans chercher à contrôler ou à limiter ses activités. La création d'un Comité de mieux-être a suivi les procédures communautaires existantes, mais comme le souligne Tonon (1980), il n'est pas devenu unifié et entièrement fonctionnel jusqu'à ce que ses membres «... commencent à se connaître les uns les autres, à découvrir des points communs et assumer le rôle de membres du Comité ou de conseillers élus ». Ce processus a pris plusieurs mois de socialisation et de réunion en tant que Comité, mais a été un élément essentiel de la création d'un organigramme fonctionnel au sein de la communauté.

Les programmes bottom-up fonctionnent-ils ?

Les programmes bottom-up peuvent et conduisent à l'autonomisation. Trois exemples de réussite à l'aide de cette approche sont dignes de discussion car ils aident à illustrer bon nombre des points soulevés ci-dessus : le programme de prévention d'abus de substances et d'alcool (Wallerstein et Bernstein, 1988), le projet d'organisation des personnes âgées de Tenderloin (Minkler, 1997) et le projet d'autonomisation communautaire pour la lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans à Drabo au Bénin (Houéto et Deccache, 2008).

Le programme de prévention d'abus de substances et d'alcool

Nina Wallerstein et Ed Bernstein (1988) ont analysé le programme de prévention d'abus de substances et d'alcool (ASAP) qui a été mis en œuvre à l'Université du Nouveau-Mexique en 1982. Le programme a adapté les principes et les techniques du « pédagogue populaire » brésilien Paulo Freire de stimulation d'une « conscience critique » parmi

les gens. Il s'agit d'une méthodologie d'écoute, de dialogue et d'action par les groupes. Atteindre la conscience critique est un processus lent qui peut avoir besoin d'être facilité pour permettre aux membres de la communauté d'analyser leurs problèmes et réfléchir sur ses possibles nouvelles actions. Cela mène la communauté à un cycle d'action/réflexion-action et, finalement, à des activités sociales et politiques collectives (Freire, 1973).

Le programme ASAP visait à encourager les jeunes des populations à haut risque de faire des choix plus sains dans leur propre vie et à jouer un rôle politique et social actif dans la société. L'approche du programme a réuni des petits groupes d'élèves du secondaire sur les sites d'un centre d'urgence de l'hôpital et un centre de détention du comté pour interagir avec les patients et les détenus ayant des problèmes liés à la drogue. Les jeunes ont pu partager leurs expériences directement avec les détenus et apprendre à poser des questions et à explorer des problèmes à différents niveaux.

Le programme a été facilité comme un effort conjoint entre les agents extérieurs (l'Université) et les étudiants qui ont constitué un mouvement des étudiants contre la conduite sous influence de l'alcool/drogue (SADD). La formation du mouvement a été déclenchée lorsqu'un des étudiants a été tué dans un accident associé à l'alcool au volant. Graduellement après plus de deux ans, les étudiants ont commencé à prendre un rôle de premier plan et organisèrent des réunions et événements pour évoquer les questions d'abus de drogues et d'alcool au volant dans des réunions de village. L'évaluation du programme a montré que les élèves ont eu une augmentation statistiquement significative de la perception auto-déclarée des risques de la consommation d'alcool et l'abus de drogue par rapport au groupe contrôle qui a montré une baisse significative dans

la perception. Wallerstein et Bernstein (1988) ont conclu que le succès du programme pouvait être attribué à plusieurs facteurs dont les suivants :

- Le programme s'est engagé à l'autonomisation des individus et des communautés ; ce qui était son éthique déterminante ;
- L'accent a été mis sur une action centrée sur les participants avec les jeunes prenant des responsabilités et partageant les idées, les pensées et les expériences pour élaborer des stratégies autour de leurs préoccupations ;
- Le programme était une initiative conjointe entre les agents extérieurs et les participants, où les agents de l'extérieur ont été des ressources (connaissances, argent, possibilités) qu'ils ont mis à la disposition des participants pour leur propre usage ;
- Le programme était à une petite échelle et pouvait être géré par les étudiants ;
- Il a promu la connectivité, le soutien social, le leadership et des structures organisationnelles.

Le projet d'organisation des personnes âgées de Tenderloin

Meredith Minkler (1997), une autre importante théoricienne américaine du développement de la santé et de la communauté nous fournit un compte rendu de l'étude de cas du projet d'organisation des personnes âgées de Tenderloin (TSOP) dans la Commune de Tenderloin à San Francisco. Le projet a utilisé une approche bottom-up pour la promotion de la santé dans un quartier pauvre parmi les personnes âgées à faible revenu. Ce groupe de personnes presque sans abri et sans ressources et vivant dans des hôtels en occupation simple avait précédemment été étiquetées « non-organisables » par les autorités locales. Le groupe a été mis en place par les éducateurs pour la santé et il revenait aux étudiants de démontrer que l'organisation

communautaire peut être utilisée comme un moyen pour l'autonomisation communautaire. Les objectifs du projet étaient de construire les compétences et les aptitudes en leadership des résidents pour atténuer leur sentiment d'isolement social et de renforcer les réseaux sociaux dans la commune de Tenderloin. Le projet a utilisé trois domaines théoriques pour guider sa mise en œuvre ; le soutien social, les principes de conscience critique de Paulo Freire et une approche d'organisation communautaire conformément à la théorie de Saul Alinsky qui stipule que les gens se rassemblent autour d'un intérêt ou d'une préoccupation communs pour initier des actions (Alinsky, 1969 ; Alinsky, 1972).

Le projet a été initié par les organisateurs extérieurs (agents extérieurs) en commençant dans un hôtel pour organiser un groupe de personnes âgées qui se réunissent régulièrement pour discuter de leurs problèmes de solitude, de criminalité et de loyer qui augmente. Les techniques de Freire ont été utilisées pour poser des questions et trouver des solutions et l'approche d'Alinsky servait à promouvoir les possibilités d'interaction sociale pour commencer à pourvoir aux besoins de la population. Plusieurs autres groupes ont été créés ; au fil du temps, comme la confiance et les relations se développaient, ces groupes ont reconnu l'importance d'aller en relation les uns avec les autres et de travailler sur des problèmes communs.

Minkler (1997) a vu l'établissement et la poursuite active des groupes de soutien et les associations de locataires comme la plus grande réussite de TSOP. Elle cite un certain nombre de « victoires tangibles » de ces groupes comme l'organisation d'une manifestation contre les hausses de loyer, l'organisation de groupes de pression sur les propriétaires pour modifier la politique d'expulsion, des améliorations dans la conception de salles de bains pour

répondre aux besoins des personnes handicapées et l'établissement de la sécurité d'occupation. Les données qualitatives ont fourni des preuves anecdotiques d'une amélioration de la santé et le bien-être, y compris l'amélioration des sentiments de soutien et des diminutions signalées de la consommation d'alcool et du tabagisme. Les données quantitatives ont été collectées sur les rappels de régime alimentaire de 24 heures et les résultats ont montré une consommation accrue de fruits et de légumes. D'autres indicateurs d'une meilleure qualité de vie ont été une baisse du taux de criminalité et ceci rentre dans le cadre de l'autonomisation individuelle.

L'expérience TSOP illustre l'importance de baser la conception du programme sur les besoins de la communauté. La communauté et les agents de l'extérieur ont été en mesure de négocier et de collaborer en ce qui concerne la mise en œuvre du programme visant à construire des compétences et des capacités telles que le soutien social et le leadership local.

Minkler (1997) reconnaît que le succès de TSOP a été éclipsé par l'ampleur des problèmes socio-économiques auxquels sont confrontés les locataires. La petite taille des programmes bottom-up peut être une faiblesse à moins que les inégalités plus larges dans la société soient également abordées. En outre, quand TSOP a connu plus de succès, il a aussi commencé à dépendre de subventions externes et a embauché ses propres employés. Et avec le personnel embauché prenant en compte davantage de travail à faire, la participation active de la communauté a diminué. Lorsque, après plusieurs années et avec les changements dans les priorités des bailleurs de fonds, les subventions n'étaient pas renouvelées, TSOP a fermé tout simplement ses portes. Cela pourrait être considéré comme une défaite pour l'autonomisation communautaire. Toutefois, c'est tout

simplement une partie du cycle de vie plus long des communautés pendant qu'elles s'organisent, se formalisent, mobilisent des ressources et appliquent des programmes selon leurs propres conditions. La nouvelle organisation devient finalement sa propre ONG (avec son propre potentiel de commencer à fonctionner d'une façon « top-down ») ou elle s'estompe. La leçon importante pour les professionnels de la promotion de la santé est d'être conscients du moment le plus propice pour apporter de l'aide aux groupes (dés-) organisés et marginalisés pour créer une nouvelle organisation.

Le projet d'autonomisation communautaire pour la lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans à Drabo au Bénin

Houéto et Deccache (2008) rapportent l'une des premières expériences d'autonomisation communautaire menées en Afrique francophone au début des années 2000 et portant sur une des préoccupations les plus importantes de cette région qu'est le paludisme. Le paludisme en effet est la première cause de consultation, d'hospitalisation et de mortalité surtout chez les enfants de moins de cinq ans en Afrique au sud du Sahara en général et au Bénin en particulier. Cependant, il n'existe pas de thème pour désigner cette maladie dans la région et le Bénin est dans la même situation.

Le projet a été conçu par les agents extérieurs qui ont pris soin de consulter les statistiques rapportées par le ministère de la santé du Bénin afin de choisir le village de Drabo pour lequel le paludisme constitue la première cause de décès des enfants de moins de cinq ans. Il visait l'autonomisation de la communauté pour une lutte efficace contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans se traduisant par une diminution significative de la morbidité et la mortalité dans cette tranche d'âge de la population. Le

village de Drabo est situé dans un arrondissement rural (Togba) de la Commune d'Abomey-Calavi, elle-même limitrophe à l'ouest de Cotonou, la capitale économique. Il est peuplé d'environ 1000 habitants au moment de la mise en œuvre du projet et ces derniers vivent essentiellement de l'agriculture.

Le projet a utilisé une approche bottom-up pour la promotion de la santé dans un milieu rural confronté aux décès d'enfants de moins de cinq ans dans une proportion plus élevée que dans les autres villages voisins. Les agents extérieurs, pour démarrer le projet, sont allés rencontrer les responsables (officiels et non officiels) du village ainsi que les notables pour les informer sur la mise en place d'une collaboration afin de réfléchir sur la mortalité élevée des enfants de moins de cinq ans dans le village. L'autorisation obtenue avec les précautions nécessaires à prendre pour travailler avec les différentes franges de la communauté, le groupe a démarré ses activités par une assemblée générale du village. Après deux assemblées générales, la communauté qui a confirmé la mortalité de ces enfants comme une de ses toutes premières priorités, a estimé qu'il serait plus utile pour la suite qu'un comité soit mis en place pour parler en son nom et lui rendre compte sur une base régulière. Ce qui fut fait et le Comité de lutte contre la mortalité des enfants de Drabo a été mis en place par la communauté réunie en assemblée générale sur la base de critères qu'elle a élaborés elle-même pour choisir ses neuf membres.

Le travail avec ce comité a commencé par l'identification des causes de ces décès des enfants de Drabo qui a fait ressortir que la sorcellerie était la principale cause. Lorsque l'enfant est atteint, il présente des signes dont le principal est la fièvre qui emporte l'enfant dans les 48-72 heures dans un tableau d'anémie sévère ou de convulsion/coma.

La communauté venait ainsi de décrire sans le savoir le paludisme et son évolution chez l'enfant de moins de cinq. Jamais ce nom ne sera prononcé par les agents extérieurs du projet jusqu'au moment de tirer les conclusions du projet avec la communauté. Dans les analyses de la situation des décès dans le village avec le comité, il est apparu qu'un membre du village a noué une relation particulière avec les sorciers du fait de son statut social un peu plus élevé et son ménage est le seul à ne pas connaitre cette situation dans le village. Le comité et les agents extérieurs ont organisé une visite à ce ménage pour avoir son point de vue sur la situation de décès des enfants dans le village. Ce dernier reconnait avoir été épargné par le fléau et ne se l'explique pas lui-même. Le constat par ailleurs est que ce ménage a un type particulier et unique d'habitat dans le village et qui est bien bâti ne permettant pas un accès facile aux moustiques, agents vecteurs du paludisme. Le chef de ménage reconnait d'ailleurs que lorsque les portes et fenêtres de sa maison sont fermées avant le crépuscule, il est très aisé de dormir sans moustiquaire sans être dérangé par les moustiques qui, dans le village, sont simplement craints pour leur nuisance sonore empêchant un sommeil calme et reposant.

Après plusieurs séances à raison d'un minimum de deux par semaine et pour plus de six mois, le comité, appuyé par les agents extérieurs, a décidé d'aborder simplement l'aspect « fièvre » de la situation des décès des enfants, car impuissant devant la sorcellerie et surtout pas avec les professionnels de la santé. Il a alors identifié un certain nombre d'activités pour y faire face : 1. Organiser le traitement précoce de la fièvre par les mères à domicile y compris la mise en place et la gestion d'un stock de médicaments à cet effet dans le village, couplées à la sensibilisation à une détection précoce de la fièvre et l'adoption des comportements adéquats ; 2. Utiliser les

mesures préventives telles que l'achat et l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action ; 3. Mettre en place une mutuelle de santé au niveau du village ; 4. Initier des activités génératrices de revenu pour l'amélioration des sources de revenu surtout des mères dans le village ; 5. Initier la construction d'un nouveau type d'habitat dans le village protégeant contre les piqûres de moustiques ; 6. Favoriser la scolarisation obligatoire de tous les enfants du village ; 7. Initier un programme d'alphabétisation des adultes du village.

Le comité a souhaité la mise en place de personnes clés dans chacun des hameaux du village pour s'occuper des stocks et de la cession des médicaments. Il a alors développé ses propres critères qui l'ont conduit à la désignation de ce que les professionnels de la santé appelleraient des relais communautaires mais qui étaient rien que des analphabètes et ne répondaient à aucun des critères qui sont traditionnellement mis en place dans le milieu du secteur de la santé.

Ces activités soutenues financièrement, matériellement avec le renforcement des capacités par les agents extérieurs ont permis effectivement de réduire de façon significative la morbidité et la mortalité des enfants de moins de cinq ans dans le village au bout d'une période de 27 mois.

Au nombre des leçons apprises et qui ont été à l'origine du succès de ce projet, Houéto et Deccache (2008) rapportent :

1. L'objet de l'intervention :
    a. soit, il est proposé par un agent extérieur et est jugé prioritaire par la communauté partenaire, le processus permettant véritablement aux membres d'en décider ;
    b. soit l'agent extérieur a un objet prioritaire, mais c'est la communauté qui décide des

priorités et donc de la place de l'objet d'intervention dans ses propres priorités ;

2. Il n'y a pas d'activités planifiées à l'avance par les professionnels intervenants extérieurs, mais éventuellement des intentions. Il peut, en effet, être fait une idée générique des activités possibles au regard des expériences passées et dans d'autres contextes, mais ceci ne doit pas autoriser la suggestion systématique à la communauté en cause pour laquelle le contexte n'est nécessairement pas le même que ceux de ces autres expériences ;
3. Le contexte de l'intervention est bien investigué en ce qui concerne ses caractéristiques sociales, culturelles, économiques, environnementales, etc. en lien avec l'objet de l'intervention ;
4. La communauté est au centre de l'action pour l'identification et la hiérarchisation des problèmes à résoudre ainsi que les solutions et activités pour leur résolution et également pour leur mise en œuvre et l'évaluation ;
5. L'agent extérieur devra jouer le rôle d'un accompagnateur, un conseiller qui s'évertuera à gagner la confiance de la communauté en vue d'être son référent auquel elle a recours dans le processus de l'action, facteur du développement de sa capacité de prise de pouvoir (autonomisation). Il veillera plus particulièrement au :
    a. contrôle communautaire de l'intervention,
    b. soutien des initiatives de développement communautaire qui concourent à l'amélioration de la qualité de vie des populations partenaires, sans se limiter à un spectre étroit de l'intervention. Il veille au développement de la cohésion sociale, du soutien mutuel, de la création de réseaux, de la coopération, de la conscience critique et

communautaire. Il est facilitateur pour l'établissement des partenariats et autres liens entre la communauté et les autres acteurs potentiels,

c. développement des compétences et aptitudes communautaires. Il facilite des formations et éclaircissements sur des thèmes identifiés par la communauté et veille au développement de l'estime de soi, à la valorisation des pratiques positives et encourage les initiatives novatrices communautaires,
d. utilisation de stratégies multiples et diversifiées,
e. respect du temps de maturation et des processus sociaux de la communauté partenaire.

En résumé, les approches bottom-up se concentrent sur les processus par lesquels les participants acquièrent de nouvelles aptitudes et un sentiment plus grand de la propriété en raison de leur participation active. Les programmes bottom-up sont le plus souvent mis en œuvre à petite échelle et dans un laps de temps long ou même indéfini avec une approche flexible. Dans la programmation bottom-up, l'agent de l'extérieur doit être prêt à renoncer au moins à la maîtrise de certains aspects de la conception du programme, sa mise en œuvre et son évaluation. Cela est compensé par les avantages potentiels d'une plus grande participation, l'appropriation communautaire et la pérennisation.

Résoudre les tensions des approches top-down et bottom-up dans la promotion de la santé

Comme nous l'avons indiqué au début du présent chapitre, les approches de promotion de la santé n'ont pas à être

considérées comme une tension entre le top-down et le bottom-up. La pratique navigue souvent entre les deux. Le défi de la promotion de la santé consiste à fonctionner dans les deux sens : des approches top-down vers le bottom-up et du bottom-up vers le top-down.

La navigation entre la programmation top-down et le processus bottom-up est particulièrement importante pour les praticiens comme les infirmières de santé communautaire et les visiteurs de santé qui souhaitent passer au-delà des programmes « d'éducation et de sensibilisation » pour aller vers des formes plus autonomisantes de la pratique communautaire. L'endroit idéal pour que cela se produise est les groupes avec lesquels ils travaillent déjà dont beaucoup sont susceptibles d'avoir été réunis autour de certains programmes regroupés de formation top-down d'éducation. Aller au-delà des délais, du contenu et des objectifs de ces programmes peut-être l'un des moments les plus critiques de l'autonomisation communautaire pour ces agents de santé communautaires. Ces programmes sont souvent des points de départ sûrs pour l'organisation dans la mesure où ils sont situés sur des sites communautaires et non dans les salles de réunion des agences de santé qui peuvent être considérés comme des environnements hostiles ou pour renforcer le pouvoir dominant du professionnel de promotion de la santé en étant son environnement de travail. Les participants peuvent même être encouragés à se diversifier au-delà de l'accent mis sur le contenu des programmes à travers des activités qui semblent les autonomiser et qui peuvent conduire à des problèmes plus larges comme l'illustre l'étude de cas dans l'encadré 6.4.

Encadré 6.4. : L'autonomisation des femmes vivant dans des logements de bas standing

Dans un projet de logements de bas standing, une infirmière de santé publique a terminé son programme parental à six sessions. Les femmes ne voulaient pas que le groupe s'arrête. L'infirmière a animé une discussion sur d'autres problèmes autour desquels ces femmes souhaiteraient continuer de se réunir : la confiance en soi, l'estime de soi, parler de sexe avec ses enfants, le racisme, le manque de programmes de remise en forme physique (gymnastique). L'infirmière a suggéré que la question de la gymnastique, qui a suscité beaucoup de discussion, pourrait être un bon thème. Il impliquait la mise en œuvre d'actions et non pas seulement une discussion. Elle savait également que les femmes de ce groupe avaient des problèmes d'image corporelle. Malgré tous les prospectus accueillants que le centre récréatif local avait distribués, les femmes ne voudraient pas y aller. Beaucoup de ceux qui utilisent le centre de loisirs sont de la classe bourgeoise, disposent de tenues de gymnastique de grand prix et généralement avec des corps plus maigres et sveltes. Parce que l'infirmière a été un instructeur qualifié de TRYFIT (un programme spécialement adapté aux préoccupations de gymnastique de femmes défavorisées), elle a offert le programme elle-même, dans les maisons de ces femmes. Plusieurs femmes ont été recrutées pour le programme de bouche à oreille parlant de là où il est offert et par qui il est offert ; et de la garde d'enfants, le transport et la promesse de jeux et des prix offerts par une agence des services sociaux locale. La gymnastique n'est pas « la finalité » de ce programme. Selon les mots de l'infirmière, « c'est vraiment seulement un moyen pour une fin. La fin est d'aider ces femmes à améliorer leur estime de soi et leur contrôle collectif sur les conditions matérielles dans leur vie. Vous démarrez autour d'une simple préoccupation et le tout se développe à partir de là. Nous travaillerons ensuite sur le racisme et à

développer leurs propres aptitudes en leadership. Et nous allons probablement continuer à travailler quelques moments chaque semaine, parce que les femmes y trouvent du plaisir et se sentent bien (autonomisées) à le faire » (Labonté, 1998).

Naviguer du top-down au bottom-up présente une importante problématique pratique : la nécessité pour le professionnel, qui souvent assure le leadership initial du groupe, de passer à une position d'« égalité ». Angela Kilian, un organisateur communautaire britannique, a étudié la possibilité d'un certain nombre d'agents de santé communautaire à atteindre ce statut dans les groupes top-down d'éducation pour la santé. Il y avait quelque résistance de la part de bon nombre des femmes participantes à la prise de contrôle. Cela reflète le point de vue féminin sur les groupes et le professionnel de la santé comme toujours appartenant au Service national de santé. On pourrait interpréter leur résistance à diriger comme un exercice paradoxal de lutte contre une institution qu'elles peuvent en grande partie discréditer. Comme cette dynamique a été lentement travaillée de bout en bout, la plupart des groupes ont réussi un certain degré de changement dans le contrôle des activités, mais un groupe n'y est pas parvenu. Ce groupe était le seul dirigé par une professionnelle de la santé qui ne pourrait pas transcender le besoin conditionné de diriger, de juger et de penser toujours aux membres du groupe comme des « clients » (Kilian, 1988). Une seule clé pour débloquer l'utilisation transformative du pouvoir est la préparation des professionnels de la santé et les autorités à identifier et à travailler sur ces questions "proches du cœur" des communautés.

Des exemples parallèles existent également au niveau de l'élaboration de politiques. Il y a quelques années une ville

canadienne a lancé un « test » d'interdiction de fumer à l'intérieur des lieux de travail pour un projet de règlementation. Des négociations ont eu lieu entre la direction, les syndicats et le ministère de la santé. Sans surprise, chaque « acteur » avait fait une demande différente à la question. La direction a souhaité maintenir les coûts bas et maintenir la paix sociale, mais elle avait aussi un sujet de préoccupation pour le bien-être du travailleur. Les syndicats ne voulaient pas que la solidarité des travailleurs vole en éclat en opposant les fumeurs contre les non-fumeurs. Ils avaient une préoccupation plus générale concernant la qualité de l'air dans l'ensemble et supposaient que les questions de coûts étaient une préoccupation de la direction. Le ministère de la santé a simplement voulu éliminer toute exposition à la fumée de tabac et donc au tabagisme passif. Après plusieurs mois de négociation pour trouver un « terrain d'entente », la question a été recadrée comme une relative à la "non exposition à un agent cancérigène connu" que tous les trois groupes pourraient soutenir. Plutôt que d'opter pour des zones fumeurs chers et ventilés séparément, tous les trois ont convenu de réorienter des fonds vers une révision des systèmes de ventilation d'air et de tester d'autres toxines atmosphériques.

Les approches bottom-up peuvent donc être incorporées dans les programmes top-down. Un exemple de ceci est donné par un groupe de femmes dans un projet de logement de bas standing. Leurs préoccupations ont attiré tout d'abord l'attention du personnel du ministère de la santé parce que des études ont montré que les prestations d'aide sociale étaient trop faibles pour permettre aux personnes de répondre aux coûts de logement et les besoins nutritionnels. En réponse, les infirmières et les nutritionnistes de santé publique ont développé des paquets de cours top-down sur « Comment cuisiner sainement sur un maigre budget »

mais ont été déçus de constater que les femmes n'étaient pas intéressées. Les femmes étaient fatiguées de se faire dire à chaque fois que leurs problèmes de nutrition étaient tout simplement du fait de leur manque de connaissances. Au lieu de cela, les femmes voulaient et, avec l'appui des professionnels de promotion de la santé créés par la suite, un jardin communautaire, des repas communautaires et un plaidoyer auprès du gouvernement pour le changement de certaines politiques de bien-être qui influent sur leurs avantages. Quelques années plus tard, ces mêmes femmes sont retournées vers les nutritionnistes et les infirmières et leur ont demandé de l'aide dans la préparation et l'exécution des paquets de cours top-down sur « Comment cuisiner sainement sur un maigre budget ». La différence importante cette fois était que la demande provenait des femmes elles-mêmes qui, avec leur confiance accrue et le pouvoir, nommaient le problème et formulaient la demande à leur propre temps et dans leurs propres termes. Le programme top-down avait été réorienté par les participants dans un programme bottom-up (Labonté, 1998).

Tous les travaux de promotion de la santé impliquent des « programmes », mais ce ne sont pas tous les moyens de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes qui sont autonomisants et dans le chapitre suivant, nous identifions les principales différences.

CHAPITRE 7. : L'AUTONOMISATION ET LES PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Introduction

Jusqu'à présent, nous avons soutenu que les programmes de promotion de la santé utilisent principalement l'approche « top-down » et dans une moindre mesure celle « bottom-up » et que ces deux approches ont des caractéristiques différentes et distinctes. Nous avons également fait valoir que la promotion de la santé considère conventionnellement l'autonomisation communautaire comme partie intégrante de l'approche « bottom-up » ; mais que ces deux approches, le « top down » et le « bottom up », ne sont pas et ne peuvent pas être considérées comme étant mutuellement exclusives. Dans ce chapitre, nous présentons un cadre de planification nouveau et simple qui peut aider les développeurs de programme à mieux combiner ces deux approches au sein d'un même programme.

S'il est important que les professionnels de promotion de la santé comprennent les différences entre les approches top-down et bottom-up, la dichotomie entre les approches top-down de prévention des maladies et de changement de mode de vie, et bottom-up d'autonomisation communautaire n'est pas aussi tranchée comme elle est parfois interprétée. Feather et Labonté (1995) montrent comment de nombreux professionnels de promotion de la santé, dans leur travail communautaire, basculent entre les options de marketing et de gestion des programmes de mode de vie et les efforts pour organiser et soutenir des actions communautaires visant un changement systémique

de plusieurs risques pour la santé dans leurs environnements physique et social. Les autorités sanitaires peuvent toujours garder le contrôle et peuvent ne pas agir sur toutes les questions soulevées par la communauté, mais les priorités ne sont plus les mêmes qu'elles le seraient si le programme utilise une approche strictement top-down.

Ronald Labonté et Ann Robertson (1996), théoriciens canadiens sur la pratique en promotion de la santé, fournissent un exemple d'une combinaison des approches top-down et bottom-up dans un projet de santé du cœur dans un quartier défavorisé au Canada. Les activités étaient organisées comme des journées communautaires telles que des pique-niques, des jeux d'amusement et des dîners partagés plutôt qu'autour des questions contextuelles plus larges de la pauvreté et du chômage. Les résidents de ce quartier défavorisé n'avaient pas envie d'entreprendre ces problèmes complexes, mais appréciaient les activités à plus court terme, uniques et agréables, proposées par l'équipe de la santé du cœur. De plus, ils ont acquis un sentiment plus fort de leur pouvoir intérieur en aidant à l'organisation réussie de ces événements. Les questions de pauvreté, de chômage et d'autres déterminants de la santé se sont posées néanmoins dans l'organisation de réunions pour les activités futures. Même si ces questions ne faisaient pas partie du mandat de la santé du cœur et étaient considérées par certains comme des "problèmes concurrents", les agents de l'extérieur (les membres de la coalition santé du cœur) ont commencé à examiner comment ils peuvent appuyer les membres de la communauté à agir sur ces déterminants de la santé les plus difficiles. Bien qu'une partie des objectifs de la coalition santé du cœur ciblait les changements de comportement dans les groupes « à risque », ils étaient également prêts à s'engager dans une approche bottom-up. Cela signifie que certaines des préoccupations ou des questions autour desquelles la mobilisation et l'organisation

devaient se produire seraient définies par la communauté et non imposées par l'agent de l'extérieur.

La programmation top-down de promotion de la santé, comme un « type idéal » et souvent en pratique, est une manifestation du pouvoir autoritaire dans lequel l'agent extérieur exerce un contrôle sur les ressources matérielles, financières et autres sur les principaux intéressés (les bénéficiaires du programme et habituellement des membres de la communauté). C'est une forme de domination et d'autorité dans laquelle le contrôle est exercé par le biais de la conception, la mise en œuvre et l'évaluation du programme. Une hypothèse des approches top-down est que l'autonomisation peut être donnée à la communauté simplement par le biais de l'éducation, des ressources ou l'assistance « experte » venant de l'extérieur. Pendant que celles-ci peuvent être des éléments importants dans une pratique de promotion de la santé autonomisante, elles peuvent également créer une dépendance sur l'agent de l'extérieur. Sans l'attention sur les processus impliqués dans la construction de l'autonomisation, le programme a souvent peu de chances de pérennisation.

Le rôle autonomisant (le pouvoir participatif) de l'agent extérieur, en revanche, est de rendre ses formes de pouvoir autoritaire plus disponibles afin que les parties prenantes puissent elles-mêmes les utiliser. Les professionnels de promotion de la santé ont généralement plus de pouvoir ou une base de pouvoir plus forte que les membres de la communauté avec lesquels ils travaillent, en particulier si ils sont engagés à l'éthique d'amélioration de la santé des groupes les plus marginalisés. La première étape vers la transformation de leur pouvoir autoritaire sur les autres est d'être en mesure de reconnaître les éléments de leur propre pouvoir et de comprendre comment cela peut servir à permettre aux autres de prendre le contrôle de leur vie. Des

exemples de ces formes de pouvoir professionnel sont la formation des professionnels de promotion de la santé, des revenus plus élevés et le statut professionnel et social. Ceux-ci donnent aux professionnels de promotion de la santé une position d'autorité. Les professionnels de promotion de la santé ont aussi souvent accès à l'information et aux ressources, peuvent influencer les décideurs, sont familiers avec les systèmes administratifs et peuvent exercer un contrôle sur les crédits budgétaires. Ceci constitue la base de la pratique professionnelle et les professionnels de promotion de la santé doivent comprendre comment ils peuvent utiliser leur pouvoir pour permettre aux autres d'augmenter leur propre pouvoir intérieur.

Le rôle autonomisant des professionnels de promotion de la santé, toutefois, devrait progressivement diminuer jusqu'au point où les principaux intéressés aient suffisamment de pouvoir intérieur pour devenir leurs propres avocats et agir en leur propre nom. Les agents de l'extérieur peuvent encore fournir une assistance technique spécifique comme les ressources ou la formation professionnelle, mais cela devrait être à la demande des intervenants primaires plutôt que réalisé comme une intervention top-down.

Introduire les approches d'autonomisation dans les programmes top-down

De nombreux professionnels de promotion de la santé expérimentés sont déjà des adeptes de la fusion des frontières entre les approches top-down et bottom-up. Cependant, ils éprouvent aussi la frustration avec les tendances administratives de « pouvoir autoritaire » de leurs employeurs, et il y a peu de formalisation d'une approche d'autonomisation communautaire (bottom-up) dans les programmes de promotion de la santé.

Dans la Figure 7.1, nous présentons un nouveau cadre de planification qui utilise une approche en plusieurs étapes pour afficher les tensions dans la programmation de la promotion de la santé d'une manière exclusivement différente. Ce cadre permet de passer de notre façon de penser d'une simple dichotomie bottom-up/top-down à la formalisation des objectifs et des processus d'autonomisation communautaire bottom-up au sein des programmes plus conventionnels top-down de promotion de santé. Dans le cadre des programmes top-down, le processus d'autonomisation communautaire peut être mieux considéré comme une « voie parallèle » qui longe « celle du programme » principal. Les tensions entre les deux, plutôt que d'être traditionnellement considérées comme une situation top-down versus bottom-up, se produisent à chaque étape du cycle du programme, rendant leur résolution beaucoup plus facile.

Le cadre est destiné à être utilisé par tous les intervenants du programme, mais doit normalement être initié par les professionnels de promotion de la santé qui sont véritablement concernés par l'autonomisation communautaire et la pérennisation des programmes. L'incitation à utiliser des approches d'autonomisation communautaire est de créer les compétences pouvant mener à la gestion continue des programmes par les principaux intéressés et d'augmenter les capacités communautaire à « exercer un plus grand contrôle » sur les principaux déterminants de la santé dans leur vie, même si ceux-ci ne font pas initialement partie des objectifs du programme.

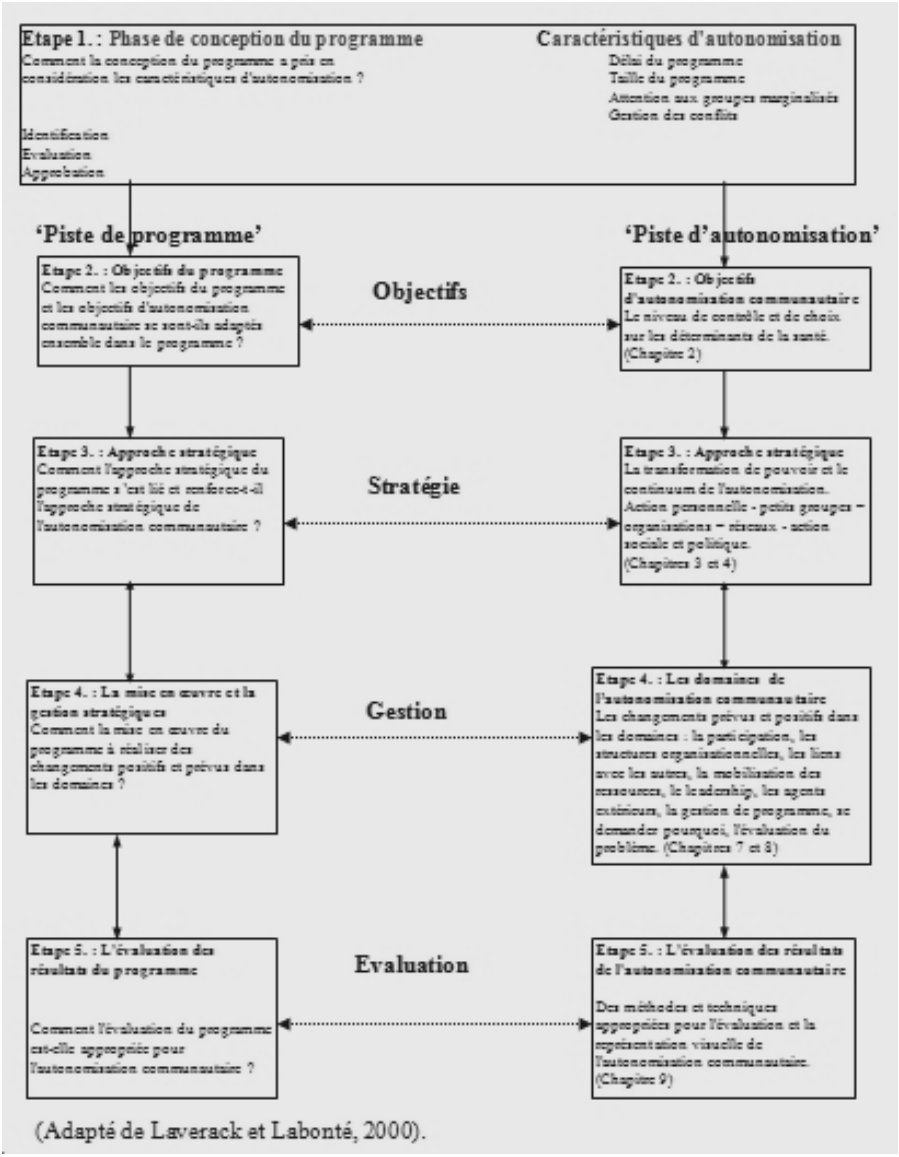

Figure 7.1. : Un cadre de planification pour l'introduction de l'autonomisation communautaire dans les programmes top-down de promotion de la santé

L’enjeu est de savoir comment le programme et les pistes de l'autonomisation arrivent à s’associer pendant les étapes progressives du cycle du programme.

Le cadre pose des questions à chaque étape du cycle du programme pour aider les professionnels de promotion de la santé à identifier les tensions qui peuvent exister entre les deux pistes lors de l’introduction de l'autonomisation communautaire dans les programmes top-down. Ce qui suit est une explication des principaux problèmes qui se produisent à chaque phase du cycle du programme : 1. La phase de conception de programme ; 2. La fixation des objectifs de programme ; 3. L’élaboration de l'approche stratégique ; 4. La mise en œuvre du programme ; et 5. L’évaluation.

La phase de conception du programme

La première occasion où le « top-down » et le « bottom-up » peuvent commencer à s’intégrer est l’étape de conception des caractéristiques du programme lui-même. Plus précisément, la conception de programmes, quel que soit son contenu, peut-être davantage autonomisante en utilisant des approches de planification stratégique et participative. Ces approches permettent l'implication des participants et contribuent à résoudre les conflits qui peuvent survenir plus tard au cours de la mise en œuvre et l'évaluation. Dans ce contexte autonomisant, le concept du programme lui-même change. Plutôt que d'être d’une durée limitée ou une activité éducative unique ou de marketing, le programme devient essentiellement un véhicule par lequel des relations à long terme entre les autorités sanitaires ou les membres d'ONG et de la communauté sont construites, via le professionnel de promotion de la santé. A travers cette relation, diverses ressources financières, matérielles, humaines et de connaissances deviennent accessibles aux

membres de la communauté. Ces ressources contribuent à accroître les capacités de la communauté à agir sur les problèmes spécifiques des activités éducatives ou de marketing à court terme ou à organiser le changement des politiques publiques spécifiques qui déterminent les plus profonds déterminants de la santé tels que le logement ou la pauvreté.

Les professionnels de promotion de la santé devraient examiner notamment comment l'ensemble du programme prend en considération les caractéristiques suivantes : le délai d'exécution, la taille, l'attention particulière accordée aux groupes marginalisés et la gestion des conflits.

Le délai d'exécution du programme

Il est important que les professionnels de promotion de la santé apprécient le processus de développement graduel de l'autonomisation personnelle et communautaire. Plusieurs auteurs soulignent les avantages d'avoir des délais plus longs dans la conception des programmes qui utilisent des approches d'autonomisation (Tonon, 1980 ; Bakhteari, 1988 ; Rody, 1988 ; Eisen, 1994 ; Kelly et Van Vlaenderen, 1996). D'autres auteurs soulignent que l'échec des approches d'autonomisation est dû au délai d'exécution du programme ne permettant pas d'atteindre les processus à long terme de renforcement des capacités et de développement des compétences (Serrano-Garcia, 1984 ; Plough et Olafson, 1994 ; Strawn, 1994 ; Korsching et Borich, 1997).

Différentes expériences sont fournies dans la littérature par rapport au temps nécessaire pour passer d'une situation relativement impuissante à une position davantage autonomisée. Les psychologues communautaires soutiennent que l'autonomisation consiste à renforcer les

compétences et peut généralement durer cinq ans au niveau individuel et, pour une communauté, aller jusqu'à 7 ans ou plus (Raeburn, 1993). Les auteurs qui prennent un point de vue socio-politique et structurel sur l'autonomisation soutiennent que des individus relativement impuissants dans les communautés bien établies n'ont souvent besoin que de 6 à 12 mois avant de devenir à l'aise dans des situations de groupe. Ces groupes, à leur tour, ont souvent besoin d'une autre période de 6 à 12 mois avant qu'ils soient en mesure de gérer eux-mêmes leurs relations interpersonnelles internes et les actions extérieures s'étendant au-delà du groupe.

Quelle que soit l'exigence du temps exact, la littérature sur l'évaluation de la question est catégorique qu'une longue période de temps est nécessaire dans les programmes utilisant des approches d'autonomisation. Les programmes trop courts dans leur délai d'exécution courent le risque d'initier des changements de santé au niveau communautaire et seulement pour venir à terme avant même que ces changements aient atteint un certain degré de pérennisation au sein de la communauté. Le résultat peut être une augmentation apparente de l'impuissance et du cynisme des membres de la communauté dans la perspective de changement social et non le contraire qui était visé par le programme.

Au niveau individuel et communautaire, l'autonomisation porte sur un processus de transformation par lequel les gens apprennent à surmonter des sentiments d'impuissance et de conflits internes et pour résoudre les inégalités qui influent sur leur vie et sur leur santé. Les capacités, les compétences et les connaissances évoluent par la pratique et la réflexion personnelle sur les expériences de personnes. Au niveau macro, l'autonomisation communautaire se préoccupe en fin de compte de procéder à des changements sociaux,

économiques et politiques qui améliorent la qualité de vie. Parvenir à des changements de politiques qui régissent ces questions particulières prend souvent beaucoup de temps. De plus, l'autonomisation communautaire est un processus continu, il ne s'arrête pas simplement un jour. Non seulement les relations communautaires sont en constante évolution ; pendant qu'un changement de politique en particulier est gagné, il est possible que d'autres besoins de changement de politique nécessaires se posent nécessitant une nouvelle action et mobilisation.

La longévité doit être intégrée à la conception des programmes de promotion de la santé qui veulent atteindre les objectifs d'autonomisation communautaire. John Raeburn (1993) fait valoir de manière très intéressante que les projets qui vont au-delà de leur délai prédéterminé ne devraient pas être considérés négativement. Cela devrait plutôt être vu comme un indicateur de succès parce que l'intérêt de la communauté pour le programme se poursuit et se manifeste par le biais de la participation continue et la participation de ses membres.

La taille du programme

L'expérience de programme donne à penser que tout processus d'autonomisation communautaire devrait commencer par des problèmes communautaires réalistes qui sont réalisables et qui peuvent produire de petits succès visibles dans le court terme pour soutenir l'intérêt et favoriser la progression sur les initiatives plus complexes (Eisen, 1994 ; Shrimpton, 1995 ; Korsching et Borich, 1997). Le programme devrait être conçu pour initialement regarder de manière critique vers l'intérieur sur la dynamique et les relations interpersonnelles de pouvoir et ceci peut être mieux réalisé par de petits groupes. Ces groupes devront, par la suite, se développer et croître dans

des partenariats et des réseaux s'ils veulent apporter des changements dans leurs environnements externes. La taille d'un programme devrait lui permettre d'être géré et contrôlé par la communauté, dont beaucoup peuvent avoir peu d'expérience et initialement peu de compétences. Ceci peut être mieux réalisé en se concentrant initialement sur un nombre relativement peu élevé de personnes dans des programmes modestes, évitant ainsi certains des problèmes associés aux grands organismes et institutions impersonnels (Gruber et Trickett, 1987 ; Barr, 1995).

L'attention accordée aux populations marginalisées

Il est important que les professionnels de promotion de la santé tiennent compte avec soin de la dynamique qui peut avoir une incidence sur la participation des populations marginalisées à des activités de programme. La marginalisation est un processus socio-historique complexe. Dans la pratique, les groupes marginalisés sont ceux qui sont le plus dans le besoin et ne sont pas déjà en mesure de satisfaire leurs propres besoins. Ils ont un accès limité aux ressources ou les importantes structures sociales de pouvoir existantes en grande partie à l'extérieur. Ces personnes sont moins susceptibles de participer à des programmes, sauf s'ils y sont activement impliqués. Cela pose la question de savoir comment faire participer ces personnes dans la conception des programmes et la mise en œuvre. L'expérience dans de nombreux programmes suggère que bâtir une relation de confiance avec les professionnels de la santé fournit un moyen important de faire participer les membres des groupes marginalisés dans des activités plus autonomisantes. Par exemple, ceci peut être fait grâce à une relation de counseling individuel ou par l'intermédiaire des services de soins de santé primaires empathiques.

L'importance particulière de l'inclusion des femmes comme un groupe marginalisé a été identifié dans de nombreux programmes, en particulier dans les pays en développement (Minkler et Cox, 1980 ; Barrig, 1990 ; McFarlane et Fehir, 1994 ; Constantino-David, 1995). C'est parce que les femmes sont perçues comme étant plus susceptibles à tendre vers le bonheur, la santé et le bien-être de leur famille. De plus, dans les pays pauvres en particulier, l'éducation des femmes semble conduire à l'éducation de toute la famille (Vindhya et Kalpana, 1988). Toutefois, d'autres groupes marginalisés importants à l'autonomisation communautaire ont été recensés et inclus sur la base de l'âge, la situation géographique, la caste ou la possession de terre et les pauvres des zones rurales. La porte à une collaboration avec les membres des groupes marginalisés est une compréhension claire de ce qu'est la marginalisation, et comment l'impuissance matérielle objective entraîne souvent une impuissance psychologique intériorisée.

La gestion des conflits

Les approches d'autonomisation communautaire peuvent être lentes et difficiles et peuvent inévitablement conduire à une résistance externe entre ceux qui sont sans pouvoir et les autorités en possession du pouvoir. Elles peuvent conduire également à des conflits internes entre les différents membres du groupe. Bien que le conflit peut être un élément négatif d'un processus d'autonomisation communautaire (Vindhya et Kalpana, 1988 ; Barr, 1995 ; Kroeker, 1995), si elle est gérée correctement, elle peut également être un ingrédient positif (Flick et al., 1994 ; Flynn et al., 1994). La conception des programmes de promotion de la santé devrait inclure une formation pour l'identification et l'analyse des questions potentiellement controversées et pour la gestion des conflits. Cela peut

souvent être accompli par des activités qui favorisent la réflexion personnelle et de groupe parmi les divers membres et qui aident dans la formulation et dans la discussion des différences de valeur.

La fixation des objectifs du programme

Dans la programmation traditionnelle de promotion de la santé, les objectifs sont développés au cours de la phase de conception et sont généralement centrés autour de la prévention des maladies, d'une réduction de la morbidité et de la mortalité, et de la gestion de style de vie comme un changement dans les comportements spécifiques concernant la santé. La question est de savoir comment donner aux objectifs d'autonomisation une priorité égale avec les objectifs de prévention des maladies. Les objectifs d'autonomisation sont généralement centrés autour d'un gain de contrôle sur les décisions qui influent sur les choix. Par exemple, sur les déterminants de la santé et la vie de ceux qui vivent dans la communauté. La nature spécifique des objectifs du programme varie en fonction de son but, mais doit aussi se refléter dans les objectifs d'autonomisation et de résultats. Dans l'encadré 7.1, nous utilisons l'exemple du tabagisme chez les hommes nouvellement immigrés pour illustrer comment les objectifs du programme et l'autonomisation communautaire peuvent être logés ensemble pour être mutuellement bénéfiques.

Encadré 7.1. : Le comportement tabagique des migrants latino-américains

Durant les années 1980, une grande ville canadienne a vu un afflux d'immigrants et de réfugiés politiques venus d'Amérique latine. Souvent fuyant la répression dans leurs terres d'origine, ces familles connaissent le stress de trouver un logement et du travail dans une culture étrangère, avec une langue différente, souvent dans l'incertitude de savoir

s’ils seraient en mesure de rester en permanence. Ils fumaient beaucoup, surtout les hommes. Cela a attiré l'attention d'un département du Ministère de la santé qui, à l'époque, était bénéficiaire de l'argent des subventions anti-tabac. Les objectifs du programme conventionnel concernaient les campagnes d'éducation et de sensibilisation, conçus de façon sensible sur le plan culturel et linguistique et diffusés par l'intermédiaire de canaux tels que les groupes d'assistance des églises et des réfugiés.

Mais les travailleurs communautaires savaient également que, jusqu'à ce que leur vie et les conditions de vie s’améliorent, fumer ne sera jamais vraiment un problème pour ces hommes. Les hispanophones travailleurs de la santé, travaillant toujours à l'élaboration de programmes de sensibilisation des fumeurs, ont également demandé aux hommes leurs plus grands soucis de santé. Un consensus s’est dégagé qu'il était moins question d’eux et davantage de leurs enfants. Les adolescents n'avaient nulle part où aller après l'école et avant le retour chez eux de leurs divers emplois serviles. Ils craignaient que, aliénés et sans surveillance, leurs enfants aillent à la « vie de la rue », deviennent séduits par les drogues et les délits mineurs. Ils voulaient créer un centre de jeunesse pour les jeunes hispaniques, avec des programmes qui aideraient leurs enfants à s’adapter à leur nouveau monde. Ainsi que d'autres organismes sociaux, les travailleurs de la santé et l'argent des subventions anti-tabac ont été mis à contribution pour aider ces hommes à créer un tel centre.

Les objectifs du programme conventionnel concernent une sensibilisation accrue des risques pour la santé liés au tabac ; à titre d'exemple, il n'y n'avait aucun tabagisme lors de la planification des réunions pour la mise au point du centre de la jeunesse. Ils ont étendu les efforts à ceux visant à prévenir le tabagisme chez leurs enfants et des cours liés à

la santé font partie des programmes structurés dans le centre de jeunesse. Les objectifs du programme ont également intégré les différentes étapes impliquées dans la planification pour le centre de jeunesse. Les objectifs de l'autonomisation, à leur tour, concernent la qualité de la participation des hommes dans le groupe de planification, le degré de leadership qui a surgi au sein du groupe, leur capacité à mobiliser des ressources internes et externes et l'étendue du pouvoir de décision sur la planification des programmes et la mise en œuvre que les hommes ont expérimentés (Labonté, 1998).

Les objectifs de l'autonomisation sont susceptibles d'évoluer pour les participants au programme pendant que leurs propres expériences de la capacité et de pouvoir augmentent au fil du temps. Cet « apprentissage en action » est ce qui est le plus caractéristique des approches bottom-up ou les approches d'autonomisation à la promotion de la santé. Des problèmes de santé générale qui peuvent être exprimés au départ par groupes, par exemple, la réduction de la pauvreté dans une localité donnée, peuvent changer à mesure que le groupe mène des activités pour atteindre cet objectif à long terme. A travers des stratégies telles que la sensibilisation, le dialogue et l'analyse de problème, le groupe peut décider de limiter son champ d'action à des questions les plus immédiates et qui peuvent être résolues aisément, par exemple, améliorer les conditions de vie dans les logements sociaux.

L'élaboration de l'approche stratégique

Il est important que, quelques soient les stratégies utilisées par le programme, elles devraient toutes renforcer l'autonomisation communautaire. Dans le chapitre 5, nous illustrons comment l'autonomisation communautaire,

comme un processus dynamique, peut être renforcée le long d'un continuum à 5 points. Le rôle des agents extérieurs est de contribuer à ce processus, en partie par la participation à la dynamique qui sous-tend les différents points le long du continuum et en partie en s'assurant que les stratégies qu'ils utilisent établissent la confiance.

Cependant, la vaste gamme de stratégies potentielles de la mise en valeur par les 5 points du continuum n'est pas la responsabilité d'un quelconque professionnel de promotion de la santé ou même d'une quelconque autorité sanitaire ou organisation. Le mouvement le long du continuum implique souvent les professionnels de promotion de la santé travaillant dans leurs propres partenariats inter-agences avec d'autres travailleurs communautaires et organisations. La responsabilité des professionnels de promotion de la santé, à la place, est de voir que tout le processus est enclenché et de trouver leur propre place dans son engagement.

En ce qui concerne l'exemple donné dans l'encadré 7.1, il faudrait veiller à ce que les hommes aient été encouragés à participer aux groupes de soutien mutuel ; que ces groupes aient utilisé des stratégies pour établir et renforcer les capacités des organisations communautaires ; et que ces organisations aient utilisé des stratégies pour développer des coalitions et des partenariats menant vers le changement social et politique, par exemple, dans des politiques et des programmes de ressources pour les hommes d'Amérique latine.

L'atteinte de ces objectifs d'autonomisation permettrait d'améliorer la qualité de leurs relations sociales entre eux (soutien social), leur expérience collective et individuelle de la capacité (l'auto-efficacité, l'estime de soi, le pouvoir perçu) et leur perception comme un groupe important par

d'autres institutions et acteurs sociaux (légitimité politique, statut social). Ceux-ci sont associés à une plus grande pérennisation d'un programme.

La mise en œuvre du programme

Les professionnels de promotion de la santé ont besoin de méthodologies pratiques et des exemples de « bonnes pratiques » pour l'évaluation et la planification stratégique de l'autonomisation communautaire dans un contexte de programme. Nous fournissons une interprétation de chacun des neuf domaines opérationnels dans un chapitre ultérieur. Un bref résumé de chaque domaine est également fourni dans le tableau 7.1 ci-dessous. Un domaine est une zone d'influence, dans le cas d'espèce un qui influe sur le processus d'autonomisation communautaire. Des changements positifs ou des améliorations dans chacun des domaines représentent une communauté davantage autonomisée ou capable, une qui est mieux en mesure d'exercer un contrôle sur les déterminants de sa santé. Plus tard nous donnons des exemples pour appliquer les « domaines » au renforcement de l'autonomisation dans les programmes de promotion de la santé.

Tableau 7.1. : Les domaines opérationnels

Domaine	Description
Participation	La participation est fondamentale pour l'autonomisation des communautés. C'est seulement en participant à des petits groupes ou grandes organisations que les membres individuels de la communauté peuvent mieux définir, analyser et agir sur les questions d'intérêt général pour l'ensemble de la communauté.
Leadership	La participation et le leadership sont étroitement liés. Le leadership exige une base solide de

	participation tout comme la participation exige de la direction et la structure d'un leadership fort. Les deux jouent un rôle important dans le développement de petits groupes et des organisations communautaires.
Structures organisationnel les	Des structures organisationnelles dans une communauté incluent de petits groupes tels que les comités, les églises et les groupes de jeunes. Ce sont les éléments organisationnels qui représentent la façon dont les gens se rassemblent afin d'avoir une vie sociale et de résoudre leurs problèmes et préoccupations. L'existence de ces organisations et le niveau auquel elles fonctionnent est essentiel à l'autonomisation communautaire.
Évaluation du problème	L'autonomisation suppose que l'identification des problèmes, des solutions aux problèmes et aux actions permettant de résoudre les problèmes est effectuée par la communauté. Ce processus aide les communautés à développer un sentiment d'autodétermination et de la capacité.
Mobilisation des ressources	La capacité de la communauté à mobiliser des ressources, tant en son sein que la capacité de négocier des ressources au-delà d'elle-même, sont un facteur important dans sa capacité à réaliser des succès dans ses efforts.
« Se demander pourquoi »	La capacité de la communauté à évaluer de manière critique les causes sociales, politiques, économiques et autres des inégalités est une étape cruciale vers l'élaboration de stratégies de changement personnel et social approprié.
Liens avec les autres	Les liens avec les personnes et organisations, y compris des partenariats, des coalitions et des alliances volontaires entre la communauté et d'autres, peuvent aider la communauté à résoudre ses problèmes.
Rôle des agents extérieurs	Dans un contexte de programme, les agents extérieurs sont également un lien important entre les communautés et les ressources externes. Leur rôle est particulièrement important au début d'un

	nouveau programme, lorsque le processus de construction d'un nouvel élan communautaire peut être déclenché et nourri. L'agent extérieur transforme progressivement les relations de pouvoir entre lui-même, les organismes extérieurs et la communauté de telle manière que la communauté assume l'autorité croissante du programme.
Gestion de programme	La gestion de programme qui autonomise la communauté comprend le contrôle par les principales parties prenantes des décisions sur la planification, la mise en œuvre, l'évaluation, les finances, l'administration, l'élaboration des rapports et la résolution des conflits. La première étape vers la gestion du programme par la communauté est d'avoir les rôles, les responsabilités et la gestion hiérarchique de tous les intervenants clairement définis. (Laverack et Labonté, 2000).

La participation communautaire est donc très importante pour s'assurer que la mise en œuvre et la gestion de la stratégie sont également des pratiques autonomisantes. Jan Smithies et Georgina Webster (1998, p. 94) fournissent un exemple d'étude de cas de la participation communautaire au projet de santé de la rue de Hutson à Bradford, en Angleterre. Le projet a couvert une zone défavorisée du centre-ville et a été créé pour travailler sur la santé communautaire par le biais de plusieurs façons d'interconnexion, telles que l'établissement de réseaux et d'activités de groupes. Une évaluation du projet a révélé que la participation communautaire est promue par le biais du « bouche à oreille », plutôt que par les canaux officiels. La confiance communautaire s'est construite par des activités de petits groupes, telles que des classes de cuisine et de l'exercice physique, une union de louange et un groupe de jeu pour enfants. Le projet a été piloté par les besoins exprimés et la participation de la communauté,

facilité par le sympathique rôle du professionnel de promotion de la santé et cela a permis à la communauté de développer ses propres actions et activités (la stratégie). L'évaluation du projet a montré qu'il avait un fort effet positif sur la confiance des membres de la communauté qui ont également estimé que cela avait à son tour eu une influence positive sur leur état de santé.

Une deuxième étude de cas par Smithies et Webster (1998, p. 65) sur le Conseil de Santé des Iles de l'Ouest en Ecosse a résumé que la gestion efficace d'un programme a besoin de temps, l'engagement à un stade précoce et la participation de multi-agence en évolution (y compris la communauté). En particulier :

- Un petit groupe directeur composé de gens qui sont prêts à mettre le temps et leurs compétences dans le processus aux niveaux communautaire et stratégique ;
- Une rétroaction régulière à la communauté ;
- Une occasion de réfléchir et d'agir sur les leçons apprises et ;
- Les gens qui sont « autonomisés » et préparés pour le suivi des recommandations.

L'évaluation

La dernière étape de la planification du cadre est l'évaluation des résultats du programme et de l'autonomisation communautaire. L'autonomisation communautaire peut être un processus long et lent. Les résultats particuliers dans le processus d'autonomisation communautaire peuvent ne pas se produire jusqu'à plusieurs années après que les délais du programme soient terminés. Ainsi, l'évaluation de l'autonomisation communautaire dans le contexte d'un programme, qui a un laps de temps limité, peut mieux évaluer les changements

dans le processus plutôt qu'un résultat particulier. En effet, le processus devient le résultat. Pour revenir à l'exemple du tabagisme dans l'encadré 7.1, les résultats de l'autonomisation pour les hommes du groupe seraient déterminés par les hommes eux-mêmes. Le succès sera jugé en ce qui concerne la façon dont ces hommes et leurs familles ont connu un plus grand sentiment de contrôle sur des questions importantes, y compris les capacités des hommes à définir leurs propres résultats de projet et d'évaluer leur accomplissement en des termes qui ont un sens pour eux.

Le concept d'autonomisation se préoccupe des expériences, des opinions et des connaissances de personnes telles que les immigrants d'Amérique latine et leurs familles dans l'encadré 7.1. C'est une construction de croyances locales individuelles et collectives et de « vérités ». La sélection d'une méthodologie d'évaluation appropriée pour l'évaluation et la représentation visuelle de l'autonomisation communautaire devraient tenir compte de différentes expériences subjectives et permettre à ceux-ci d'être accessibles dans le cadre de l'évaluation.

Comme indiqué précédemment dans ce chapitre, la conception du programme peut être faite de manière plus autonomisante lors de l'utilisation de la planification participative et les méthodes d'évaluation qui impliquent la communauté. Jan Smithies et Georgina Webster (1998) fournissent plusieurs exemples d'étude de cas de la façon dont les projets de développement communautaire au Royaume-Uni ont été en mesure de tirer des leçons de l'évaluation, y compris:

- La nécessité d'envisager l'évaluation dès le départ et prévoir des fonds dans le budget du projet pour une évaluation ;

- La nécessité que l'évaluation soit intégrée dans les descriptions de poste du personnel du projet ;
- Le développement des compétences et de l'expertise des intervenants du projet ;
- La nécessité d'une base locale appropriée ;
- La nécessité d'une structure de gestion de ligne claire au sein de l'équipe de projet ;
- La nécessité d'établir clairement les responsabilités et devoirs et de travailler vers un partenariat avec les populations locales ;
- La nécessité d'un long délai pour s'adapter à des changements mesurables dans le projet.

Smithies et Webster ont également fait ressortir les méthodes que divers projets ont utilisé pour mieux impliquer la communauté dans le processus d'évaluation tel que les travaux sur l'histoire orale, les photographies (le roman photo est une approche participative établie, basée sur les travaux de Paulo Freire et des exemples d'utilisation de cette approche sont discutés dans Wang et Burris, 1994), les cassettes des enregistrements de conversations avec la communauté, les réévaluations et les événements et les commentaires rétroactifs.

Dans le prochain chapitre, nous décrivons les neuf « domaines » de l'autonomisation communautaire et leur implication pour une pratique de promotion de la santé autonomisante.

CHAPITRE 8. : LES DOMAINES DE L'AUTONOMISATION COMMUNAUTAIRE

Ce chapitre fournit de nouvelles informations qui peuvent aider à clarifier les zones d'influence sur le processus d'autonomisation communautaire. On les appelle les « domaines » « opérationnels » ou d'autonomisation. Nous fournissons ici une interprétation de chaque « domaine » et faisons le lien avec une pratique autonomisante de promotion de la santé.

Les domaines d'autonomisation sont les zones organisationnelles d'influence sur le processus d'autonomisation communautaire. Nous identifions et discutons neuf « domaines » : la participation ; le leadership ; les structures organisationnelles ; l'analyse de problème ; la mobilisation des ressources ; se demander pourquoi ; les liens avec autrui ; le rôle des agents extérieurs et ; la gestion de programme. Ces domaines sont basés sur un examen approfondi de la littérature sur le développement communautaire, l'autonomisation communautaire et le renforcement des capacités communautaires, la revue par les « experts » et les expériences de terrain dans un certain nombre de différents pays et dans différents milieux de programme de promotion de la santé. Les domaines représentent les aspects du processus d'autonomisation communautaire qui permettent aux individus et aux groupes de s'organiser et de se mobiliser pour un changement social et politique. Les aspects organisationnels en soi peuvent agir comme une mesure de substitution pour les aspects sociaux de l'autonomisation communautaire, par exemple, l'existence d'un leadership fonctionnel, soutenu par des structures organisationnelles établies avec la participation de ses

membres qui ont démontré une capacité à mobiliser des ressources, indiquerait une communauté qui dispose déjà des éléments de soutien social fort (Laverack, 2001).

La participation

La participation est fondamentale pour l'autonomisation communautaire ; elle décrit l'implication des membres individuels de la communauté dans les petits groupes et dans les grandes organisations. C'est une caractéristique de chaque étape le long du continuum d'autonomisation communautaire. David Zakus et Catherine Lysack (1998, p. 2) fournissent une définition complète et utile de la participation communautaire aux programmes de santé comme :

> « le processus par lequel les membres de la communauté, soit individuellement ou collectivement, avec des degrés d'engagement divers, développent la capacité à assumer davantage de responsabilités pour l'analyse de leurs besoins et problèmes de santé ; planifient et ensuite agissent afin de mettre en œuvre leurs solutions ; créent et maintiennent des organismes pour soutenir ces efforts et évaluent les effets et apportent les ajustements nécessaires aux objectifs et programmes de façon continue. »

Cette définition englobe un grand nombre des caractéristiques d'une communauté autonome, permettant essentiellement aux gens de s'impliquer dans les activités qui influent sur leur vie et leur santé. Roger Shrimpton (1995), un travailleur de l'aide internationale, fait la distinction entre la « participation sociale » acquise dans le cadre des prises de décisions allant dans le sens d'une plus grande maîtrise des facteurs déterminants la santé et la «

participation directe » à travers la mobilisation des ressources.

Il y a un important chevauchement entre les concepts de participation communautaire et d'autonomisation communautaire et les deux ont été inclus comme partie intégrante dans un certain nombre de cadres conceptuels de la participation populaire. Le plus couramment utilisé est l'échelle de Sherry Arnstein de la participation : un continuum impliquant la non-participation (la manipulation et la thérapie) ; les degrés de mesures symboliques (l'information, la consultation et la pacification) et les degrés de pouvoir (le partenariat, le pouvoir délégué et le contrôle citoyen) (Arnstein, 1969). Cependant, alors que les individus sont capables d'influencer l'orientation et la mise en œuvre d'un programme par le biais de leur participation, cela seul ne constitue pas l'autonomisation communautaire. L'autonomisation a pour but explicite d'amener des changements sociaux et politiques, généralement par le biais d'actions touchant les politiques publiques, le pouvoir décisionnel et l'affectation des ressources. Pour que la participation soit autonomisante elle ne doit pas non seulement impliquer le développement des compétences et des capacités mais également une préoccupation politique pour permettre aux gens de décider et d'agir.

Le chevauchement entre ces deux concepts est donc comment les gens participent ou deviennent autonomes. Robert Goodman et ses collègues (1998) abordent la question de comment les gens participent-ils et ils ont convenu que c'est une combinaison d'implication dans les mécanismes de prise de décision, l'accessibilité aux activités du niveau communautaire (les réseaux sociaux, les groupes communautaires, les mouvements sociaux, les coalitions, les organismes bénévoles et les programmes de développement communautaire) et l'accessibilité aux

compétences communautaires (la planification, la mobilisation des ressources, les compétences organisationnelles et le changement dans le plaidoyer). Susan Rifkin (1990), une écrivaine sur la participation et le développement communautaire, explique précisément comment les gens participent dans le cadre des programmes de santé. Rifkin fait valoir que cela survient à cinq différents niveaux : dans les prestations du programme : dans ses activités ; au cours de la mise en œuvre ; dans le suivi et l'évaluation du programme et dans la planification des programmes. Beaucoup de ces caractéristiques peuvent être observées au cours du processus d'autonomisation communautaire dans les programmes de promotion de la santé. Dans l'encadré 8.1 nous proposons les principales caractéristiques de la participation dans le cadre des programmes d'autonomisation.

Encadré 8.1. : Les caractéristiques de la participation dans les programmes d'autonomisation

- Une solide base participante impliquant toutes les parties prenantes, y compris les groupes marginalisés, mais sensible au contexte culturel et social, par exemple, il peut ne pas être approprié pour les femmes d'assister aux réunions des hommes.
- Les participants impliqués dans la définition des besoins, des solutions et des actions.
- Les participants impliqués dans les mécanismes de prise de décision aux différentes phases du programme à savoir la planification, la mise en œuvre et l'évaluation.
- La participation va au-delà des avantages et des activités du programme, par exemple, elle s'étend à des questions plus vastes comme les causes structurelles de la pauvreté.
- Il existe des mécanismes pour permettre la libre circulation des informations entre les différentes parties prenantes du programme.

- Les représentants de la communauté sont nommés par ses membres et ne représentent pas les groupes des élites.

Le leadership

Goodman et al. (1998) soulignent également que la participation et le leadership sont étroitement liés. Le leadership exige une solide base de participation, tout comme la participation exige la direction et la structure d'un leadership fort. Les leaders jouent un rôle important dans le développement de petits groupes et des organismes communautaires.

La participation sans un leader formel qui assume la responsabilité pour faire bouger les choses, gérer les conflits et donner une orientation pour le groupe, peut souvent conduire à la désorganisation. Dans un contexte de programme, les dirigeants sont souvent présentés en tant qu'organisateurs externes parce qu'ils sont considérés comme possédant les compétences et l'expertise nécessaires en gestion. Cependant, dans la plupart des communautés, les dirigeants sont historiquement et culturellement déterminés et les programmes qui ignorent cela ont peu de chance de succès. Ils doivent tout au moins avoir le soutien des leaders locaux et doivent aussi viser à développer les compétences du leadership local (Rifkin, 1990).

Rifkin (1990) et Goodman et al. (1998) nous ont tous mis en garde que la structure du leadership communautaire, qui peut être historiquement ou culturellement déterminée, peut exclure les groupes marginalisés et représenter seulement l'élite. Certains groupes au sein d'une communauté peuvent ne pas soutenir les objectifs des programmes ou peuvent être en conflit les uns avec les autres. Leur inclusion peut créer un dysfonctionnement dans la planification et la mise

en œuvre du programme et rendre plus difficile l'atteindre des buts et objectifs. Cependant, activement exclure certains groupes est antidémocratique et ne permet pas la participation de la communauté toute entière. De nombreux programmes ont utilisé un modèle de promotion de la vision et le leadership personnel d'un individu charismatique local, reflétant une tendance socioculturelle à suivre un leadership fort. Norman Uphoff (1990), un expert en développement rural, appelle ceci le « *leaderitis* » et se rapporte à ses expériences dans les programmes de développement de petits agriculteurs au Népal. Les dirigeants individuels dominaient parce qu'ils aimaient le pouvoir et le prestige ou parce qu'ils pensaient que personne d'autre ne pouvait conduire le peuple. Le leader peut être efficace, mais cela conserve le leadership potentiel et laisse la communauté vulnérable. Une fois que ces leaders charismatiques ont disparu, la vision n'est pas partagée par la communauté, car le programme n'aborde pas leurs besoins et par conséquent perd son élan. Des mécanismes doivent être mis en place afin d'assurer la continuité de la politique, même après que les leaders charismatiques aient quitté le programme. Comme une solution au problème de la sélection d'un leadership approprié, Goodman et al. (1998) affirment qu'un mélange des différents types de dirigeants a de meilleures chances de conduire au renforcement des capacités de la communauté et même à l'autonomisation communautaire.

Karina Constantino-David (1995) une experte et écrivaine dans le domaine du développement communautaire, examine les expériences de l'organisation communautaire aux Philippines et le succès de l'utilisation des leaders locaux ou des « organisateurs organiques ». Des leaders compétents ont été promus par des ONG parmi les populations pauvres qui ont offert une compréhension plus perspicace de la culture et des problèmes de la

communauté. Toutefois, il a été constaté qu'un manque de formation professionnelle et l'expérience de gestion antérieure de ces personnes a créé des limites dans leur rôle de leader. Le style de leadership et les compétences peuvent ainsi influencer la façon dont les groupes et les communautés se développent et à son tour, cela peut influencer l'autonomisation.

Les programmes sont susceptibles de développer de nombreuses compétences nécessaires pour un leadership efficace. Karol Kumpfer, une psychologue américaine et ses collègues (1995) ont conclu que les leaders efficaces avaient des caractéristiques telles que le style de leadership, le style de prise de décision, les réseaux et la visibilité et l'efficacité politique. Les autres compétences en leadership comprennent :

- Le partage du pouvoir et l'institutionnalisation de la démocratie interne au sein d'ONG et de mouvements populaires.
- Un style d'autonomisation du leadership qui encourage et soutient les idées et la planification des efforts de la communauté, en utilisant le processus de prise de décision démocratique et le partage de l'information.
- La possibilité de renforcer la confiance des participants et de développer en eux une conviction qu'ils peuvent réussir.
- « Les leaders transformationnels » qui ont la capacité d'influencer directement le pouvoir et la dynamique d'un groupe.
- La collecte et l'analyse des données ; l'évaluation des initiatives communautaires ; la facilitation ; la résolution des problèmes ; la résolution des conflits ; le plaidoyer ; et la possibilité de se connecter aux autres leaders et organisations pour obtenir des ressources et établir des partenariats.

Un niveau élevé de compétences est donc nécessaire pour un leadership efficace et les agents extérieurs peuvent jouer un rôle important dans le renforcement de ce domaine dans un contexte de programme de promotion de la santé.

Les structures organisationnelles

Les structures organisationnelles dans une communauté comprennent de petits groupes tels que les comités, les églises et les groupes de jeunes. Voici les éléments organisationnels qui représentent les façons dont les gens se réunissent afin de socialiser et d'aborder leurs préoccupations. Dans un contexte de programme, c'est aussi la façon dont les gens se réunissent pour identifier leurs problèmes, pour trouver des solutions à leurs problèmes et planifier les actions pour résoudre leurs problèmes. L'existence de ces organisations et leur niveau de fonctionnement est crucial pour l'autonomisation communautaire.

Une revue de plus de 150 projets de santé (Rifkin, 1990) a montré que ceux qui ont réussi à atteindre leurs objectifs l'ont fait parce que les structures organisationnelles existantes ont donné à toutes les parties prenantes l'occasion de collaboration et de soutien. Une tendance semblable dans une revue des projets de développement rural a trouvé que ceux à succès ont été développés par le biais des organisations formelles ou informelles existantes (Shrimpton, 1995). Lorsque les structures organisationnelles existantes ne sont pas présentes, les organismes externes ont utilisé des organisations dans d'autres domaines ou ont eux-mêmes créé des comités sur la base d'un leadership fort.

Les structures organisationnelles telles que les comités sont eux-mêmes insuffisants pour garantir l'organisation et la

mobilisation de la communauté. Il faut aussi un sentiment de cohésion ou un sentiment de « communauté » parmi ses membres. Cela se caractérise par une préoccupation pour les questions de la communauté, un sentiment d'attachement au peuple (famille, amitiés) et les sentiments d'appartenance qui se manifestent par les coutumes, le lieu, les rituels et les traditions. Madeleen Wegelin-Schuringa (1992), une travailleuse de terrain dans le domaine de l'eau et assainissement, a conclu que les membres de la communauté au Pakistan, en Inde et au Cambodge qui avaient un sens de la communauté et qui ont pu croiser leur propre situation et avec celle des autres, avaient une meilleure chance de mettre en place des structures organisationnelles. L'interprétation des structures organisationnelles a donc deux distinctes mais interdépendantes dimensions : la dimension organisationnelle des comités et des groupes communautaires ; et la dimension sociale d'un sentiment d'appartenance, de connectivité et de relations personnelles.

Nous fournissons dans l'encadré 8.2 un exemple d'une structure organisationnelle qui a été créée en Angleterre pour aider à réduire le taux de suicide chez les communautés paysannes.

Encadré 8.2. : Organisation communautaire pour la réduction des suicides dans les communautés paysannes.

L'Initiative Rurale de Yorkshire du Nord (IRYN) a été créée en 1994 pour aider à réduire le taux de suicide dans la communauté paysanne du comté. Le suicide est la cause d'environ 1% de tous les décès en Angleterre avec la plus forte proportion de décès dans un groupe professionnel qu'est celui des agriculteurs avec une moyenne de 48 suicides par an. Le suicide est souvent considéré comme un

indicateur de nombreux troubles sous-jacents tels que le stress, l'anxiété, la maladie mentale et la dépression.

L'IRYN a été créée comme une alliance entre différents représentants des secteurs public et privé de la communauté mais ayant un intérêt commun. L'IRYN visait à mieux faire connaître les difficultés rencontrées par les agriculteurs et les facteurs de risque de suicide et à diriger la communauté agricole vers l'aide disponible pour y faire face et au soutien social tel que les services de counseling. Les membres de l'IRYN devaient d'abord obtenir l'appui de leurs employeurs pour assister aux réunions tous les deux mois. Lors de la réunion annuelle, un plan d'action a été développé et mis en œuvre au cours de l'année suivante. Les activités ont été partagées entre les membres de l'organisation.

L'IRYN a identifié un certain nombre d'initiatives, notamment l'élaboration d'une « carte d'aide » pour donner des informations sur les sources d'aide à la communauté. Cette initiative a reçu le soutien du secteur privé pour imprimer la « carte d'aide » et a été promue avec une couverture médiatique complète et la distribution aux agriculteurs, les clubs de jeunes agriculteurs et les associations de femmes. L'alliance de l'IRYN lui a permis d'établir des liens avec d'autres organisations, clubs, groupes et le secteur privé et de s'impliquer dans les activités communautaires telles que les marchés, les magazines locaux, les fêtes des églises et les conseils de paroisse.

Les points forts de l'IRYN ont été l'ampleur de ses membres et les différentes compétences, les sources d'information et de financement qu'elle a apportées à l'organisation. Cependant, cela a conduit aussi à des différences et des frictions pour parvenir à un consensus

des résultats de l'initiative comme les gens ont apporté leurs propres intérêts aux réunions. Par exemple, tous les membres n'étaient pas forcément d'accord sur l'utilité de la « carte d'aide ». La résolution de ces problèmes a fait perdre beaucoup de temps et aurait pu conduire l'organisation à devenir trop introspective, dirigeant l'attention loin de l'objectif réel de l'IRYN.

Ayant une telle variété de membres soulève également des difficultés avec la sélection de leaders, le travail d'équipe, les compétences de communication et le bénévolat pour les fonctions. Cependant, l'IRYN a été en mesure d'étudier et de résoudre la plupart de ces problèmes ainsi qu'une évaluation de l'initiative de la « carte d'aide » qui a conduit à être félicitée dans un programme de prix national (Hatfield, 1998).

L'analyse de problème

Délibérément, nous utilisons le terme « analyse de problème » parce que ce sont les communautés qui identifient les problèmes spécifiques qui les préoccupent, à la différence des agents extérieurs qui ne pensent généralement qu'en termes de "besoins" communautaires. L'analyse de problème est plus autonomisante lorsque l'identification des problèmes, des solutions aux problèmes et des actions visant à résoudre les problèmes est faite par la communauté. Pour y parvenir, la communauté peut ou peut ne pas avoir besoin de nouvelles aptitudes et compétences, un domaine qui peut être soutenu par le professionnel de promotion de la santé.

L'importance de l'analyse de problème dans l'autonomisation communautaire a été identifiée dans un certain nombre de programmes de promotion de la santé

(Pelletier et Jonsson, 1994 ; Plough et Olafson, 1994 ; Purdey et al., 1994). Pendant que de nombreux programmes plaident pour une plus large participation, la participation communautaire est limitée. Ces programmes perdent l'occasion, intentionnellement ou non, d'impliquer la communauté dans le processus de prise de décision pour la définition des problèmes plus larges qui préoccupent les principales parties prenantes. Cela continue d'être une lacune majeure pour de nombreux programmes de promotion de la santé. Les agences extérieures doivent accepter que la réussite d'un programme dépend, dans une large mesure, de l'engagement et l'implication de ses parties prenantes et qu'elles sont plus susceptibles de s'engager si elles ont un sentiment d'appartenance en ce qui concerne les problèmes et les solutions abordées.

Toutefois, les agents extérieurs ont fréquemment des informations nouvelles et utiles pour les membres de la communauté, telles que l'accès aux fonds ou l'assistance technique. Notre point de vue est que ces informations ne devraient pas être imposées par rapport aux connaissances qui se trouvent au sein des membres de la communauté eux-mêmes. Au contraire, un « dialogue aisé » entre la communauté et les agents extérieurs peut faciliter le fait que les connaissances et les priorités des deux parties permettent de se prononcer sur une orientation appropriée pour le programme. L'analyse de problème entreprise par les membres de la communauté peut également renforcer leur rôle dans la conception du programme. Habituellement, les programmes qui ne tiennent pas compte des préoccupations de la communauté et qui n'impliquent pas la communauté dans le processus d'analyse des problèmes, en particulier dans les communautés marginalisées, n'atteignent pas leur but. Dans l'encadré 8.3 nous donnons un exemple d'un projet qui a utilisé une méthode particulière pour répondre aux préoccupations de

personnes vivant dans une banlieue à logements de bas standing en Angleterre.

Encadré 8.3. : Le projet de développement communautaire de Bournville

Entre 1991 et 1993, un projet pilote appelée « Prendre soin de votre cœur » a été exécuté dans une banlieue à logements de bas standing à Weston-super-Mare, Angleterre. L'état d'avancement du projet a été suivi pour l'enregistrement de résultats précis en ce qui concerne la participation, les niveaux de connaissance et l'accès aux installations de promotion de la santé. L'évaluation a identifié les éléments clés de la réussite du projet :

1. Le projet a démarré en répondant à des questions qui pour les populations locales dans la banlieue étaient perçues comme étant les plus importantes pour elles.

2. L'équipe de projet avait un bureau dans le quartier, était accessible aux gens qui y vivent, avait un petit budget et une compréhension claire de comment les organisations légales fonctionnent.

3. Le projet a reçu le soutien d'autres organisations locales et nationales sur une période de cinq ans et, combiné avec la publicité, cela a donné une impulsion supplémentaire à l'initiative.

4. Le projet a été en mesure d'établir un réseau d'individus et d'organisations qui soutenaient ses activités.

5. Une évaluation structurée a donné de la crédibilité et un soutien supplémentaire au projet.

Les principaux résultats du projet étaient mieux accessibles au niveau des installations de promotion de la santé telles

que les groupes de mères, un programme d'échange d'aiguilles au niveau de la pharmacie du quartier, un centre de santé local et des améliorations environnementales telles que les terrains de jeux et une zone de passage clouté. Il y avait des questions soulevées par les gens qui vivaient dans le quartier et en ayant une conception qui a abordé ces préoccupations, le projet a conduit à un sentiment profond de « communauté » et un endroit où les gens voulaient vivre (Simnett, 1995, p.213-214).

La mobilisation des ressources

La capacité de la communauté à mobiliser des ressources auprès des siens et à négocier des ressources au-delà d'elle-même est une indication d'un degré élevé de compétence et d'organisation. Les ressources peuvent être internes ou externes. Les ressources internes sont celles levées par la communauté et qui comprennent les terrains, les aliments, les bâtiments, l'argent, les personnes, les compétences et les connaissances locales. Les ressources externes sont celles introduites dans la communauté par ses membres ou par l'agent extérieur et comprennent l'argent, « l'expertise technique » et l'équipement. Goodman et al. (1998) discutent des ressources en termes de "capital traditionnel" tels que la pauvreté et l'argent et le "capital social" qui inclut un sentiment de confiance, la capacité de coopérer les uns avec les autres et avec d'autres communautés. John McKnight, un influent organisateur de la santé communautaire américain, décrit ces choses comme des « capacités de la communauté » et exhorte les travailleurs communautaires à d'abord aider les membres de la communauté à « cartographier » ou à identifier ces ressources internes. Cela les aide à construire à partir d'une position de force ; la communauté identifie certaines des formes de pouvoir qu'elle détient déjà (Kretzmann et

McKnight, 1993). Le fait que les communautés disposent à la fois d'un capital traditionnel et social est souvent ignoré par beaucoup d'agents extérieurs qui apportent avec eux les ressources perçues pour le programme.

Une revue des études de cas de développement communautaire (Rifkin, 1990) a trouvé qu'il était souvent nécessaire pour les agents extérieurs de fournir une assistance pour mobiliser des ressources au début d'un programme. Toutefois, les ressources et les décisions de contrôle concernant leur distribution doivent être de plus en plus effectuées par la communauté, sinon une relation paternaliste peut s'installer entre les parties prenantes primaires et secondaires.

L'expérience de nombreux programmes a identifié la capacité de la communauté à mobiliser ou à accéder à des ressources comme un facteur important vers l'autonomisation (Fawcett, 1995 ; MaCallan, 1994 ; Barrig, 1990 ; Hildebrandt, 1996). Cette capacité peut être une indication du niveau de compétences et d'organisation au sein de la communauté, mais il y a peu de preuves pour suggérer que cela seul rendra la communauté plus autonome ou autosuffisante.

Se demander « pourquoi »

Un autre domaine important pour l'autonomisation est la capacité de la communauté à pouvoir évaluer de façon critique les causes contextuelles de leur absence d'autonomisation et à être en mesure de développer des stratégies visant à apporter des changements personnels, sociaux et politiques fondés sur leur prise de conscience accrue. Se demander « pourquoi » peut être décrit comme '...la capacité à réfléchir sur les hypothèses qui sous-tendent notre et d'autres idées et actions et d'envisager d'autres

façons de vivre' (Goodman et al., 1998, p.272). Ce processus de discussion, de réflexion et d'action a été qualifié de « sensibilisation critique », « réflexion critique », « pensée critique », « pensée dialectique » et « conscience critique ». C'est un processus d'émancipation à travers l'apprentissage ou l'enseignement tels que "l'éducation à l'autonomisation", développée par le pédagogue Paulo Freire qui a initialement développé ses idées par le biais de programmes d'alphabétisation dans les années 1950 pour les habitants des bidonvilles et des paysans au Brésil. Les racines de la responsabilisation en matière de pédagogie libertaire ("liberté grâce à l'éducation") sont discutées plus loin dans Carey (2000).

Nina Wallerstein et Edward Bernstein (1988), deux éminents penseurs sur l'autonomisation, soulignent que pour Freire la prémisse fondamentale est que l'éducation n'est pas neutre mais est influencée par le contexte de la vie. Le but de l'éducation est la libération et l'émancipation. Les gens deviennent les sujets de leur propre apprentissage impliquant une réflexion critique et l'analyse de la situation personnelle. Pour atteindre ceci Freire a proposé une approche de groupe de dialogue pour partager les idées et les expériences et pour promouvoir la pensée critique en posant des problèmes afin de permettre aux gens de découvrir les causes profondes de leur manque d'autonomie. Une fois sensibilisés de manière critique, les gens peuvent planifier des actions plus efficaces pour changer les circonstances de l'absence d'autonomisation. L'encadré 8.4 fournit un exemple d'éducation à l'autonomisation dans le cadre d'un programme de santé des femmes. Il s'agit d'une « praxis », l'interaction permanente entre les professionnels de promotion de la santé (les agents de l'extérieur) et les membres de la communauté dans un cycle d'action/réflexion/action qui finalement peut conduire à une activité sociale et politique

collective (Freire, 1973). Cette approche a été utilisée avec succès dans un certain nombre de programmes de promotion de la santé (Wallerstein, 1992 ; Wallerstein et Sanchez-Merki, 1994) qui ont été utilisés comme exemples tout au long de ce livre.

Un autre exemple de comment se demander pourquoi ou la réflexion critique peut influencer les résultats de la santé est fourni grâce à l'utilisation de la "Voix-de-Photo" développée par Caroline Wang et ses collègues. La voix-de-photo est un processus par lequel les gens peuvent identifier, représenter et améliorer leur communauté grâce à une technique photographique spécifique. Elle confie des caméras aux mains des gens pour leur permettre d'agir comme des enregistreurs et des catalyseurs potentiels pour l'action sociale et le changement dans leurs propres communautés. Elle utilise l'immédiateté de l'image visuelle et les histoires qui l'accompagnent pour présenter des preuves et pour promouvoir un moyen efficace et participatif du partage de l'expertise pour créer des politiques publiques saines.

Encadré 8.4. : L'éducation à l'autonomisation dans un programme de santé des femmes

Nancy Rudner-Lugo (1996) rend compte du programme des sœurs de ressource/Compañeras qui utilise l'approche de Freire pour développer les compétences des femmes de la communauté à animer des groupes de soutien par les pairs en vue d'aborder et d'examiner à fond les questions de ses membres. Le programme a été mis en œuvre dans une aire urbaine en Floride qui avait une population majoritairement afro-américaine et des taux élevés de bébés de faible poids à la naissance et de mortalité infantile. Des groupes de soutien ou des cercles de « mères » ont été formés comme une tribune pour écouter les préoccupations et les thèmes soulevés par les femmes. Aussi, les femmes

étaient encouragées à ouvertement parler de leurs problèmes et partager leurs expériences. Les facilitateurs définissaient des problèmes que les femmes devaient aborder afin qu'elles explorent les causes profondes de leur pauvreté et de la morbidité et la mortalité de leurs enfants.

Les groupes ont massivement assisté et ont réussi à accroître la cohésion de la communauté dans une atmosphère qui encourageait l'écoute active et le soutien des pairs. Les participants ont surtout mis l'accent sur leurs problèmes immédiats et ont eu du mal à comprendre les questions contextuelles plus vastes qui sous-tendent leur absence d'autonomisation. La conscience critique est un processus lent et exige une facilitation attentive et patiente pour guider les participants dans un processus de réflexion et d'action. De cette façon les communautés apprennent par essais et erreurs à partir de leurs propres expériences et progressivement gagnent l'auto-détermination et l'autonomisation.

Les communautés utilisant la voix-de-photo s'engagent dans un processus à trois étapes qui fournit la base permettant d'analyser les images qu'elles ont prises :

Étape 1. La sélection - le choix de ces photographies est basé sur l'idée que la plupart reflète exactement les préoccupations et les atouts de la communauté. Afin que les gens puissent prendre le devant de la discussion, ce sont eux qui choisissent les photos. Ils sélectionnent les photos qu'ils considérèrent comme les plus importantes ou simplement comme les meilleures de chaque rouleau de film qu'ils avaient pris.

Étape 2. La mise en contexte – raconter des histoires sur la signification des photos.

L'approche participative génère également la deuxième étape, mise en contexte ou raconter des histoires. Cela se produit dans le processus de discussion de groupe, suggéré par l'acronyme VOICE (voix en anglais) qui signifie « exprimons notre expérience individuelle et collective ». Les photos à elles seules, considérées en dehors du contexte de leurs propres voix et histoires, contredisent l'essence même de la voix-de-photo. Les gens décrivent la signification de leurs images dans de petits et grands groupes de discussion.

Étape 3. La codification – identifier les questions, les thèmes ou les théories qui émergent.
L'approche participative donne plusieurs significations aux images singulières et introduit ainsi la troisième phase qu'est la codification. A cette étape, les participants peuvent identifier trois types d'axes qui découlent du processus de dialogue : les questions, les thèmes ou les théories. L'individu ou le groupe peut codifier des questions lorsque les préoccupations d'action ciblées sont pragmatiques, immédiates et tangibles. C'est là une application la plus directe de l'analyse. L'individu ou le groupe peut également codifier des thèmes et des motifs ou élaborer des théories qui sont fondées sur une analyse plus systématique des images.

L'encadré 8.5 fournit un exemple de comment la voix-de-photo a été utilisée pour renforcer la santé maternelle et infantile.

Encadré 8.5. : La voix-de-photo pour la santé maternelle et infantile
Ce projet de la voix-de-photo a eu lieu à Contra Costa, un comté vaste, diversifié sur le plan économique et ethnique dans la région de la baie de San Francisco. Soixante résidents du comté âges de 13-50 ans ont participé à trois

sessions au cours desquelles ils avaient été formés par le ministère de la santé local dans les techniques et les processus de la voix-de-photo. Les résidents étaient munis d'appareils photo jetables et ont été encouragés à prendre des photos reflétant leurs opinions sur la famille et la santé maternelle et infantile (SMI), les atouts et les préoccupations dans leur communauté et puis à participer à des discussions de groupe sur leurs photographies. Les événements communautaires ont eu lieu pour permettre aux participants d'éduquer le personnel SMI et les leaders communautaires.

Résultats : Le projet la voix-de-photo, a fourni au personnel de la santé maternelle et infantile des informations pour compléter les données quantitatives périnatales existantes et a contribué à la compréhension des enjeux de santé maternelle et infantile que les résidents des communautés participantes aimeraient voir aborder. Les préoccupations des participants étaient centrées sur la nécessité d'avoir des endroits sûrs pour les loisirs des enfants et l'amélioration de l'environnement communautaire plus large pour tous les quartiers du comté. Les définitions des participants de la famille, des atouts de santé maternelle et infantile et des préoccupations diffèrent de celles que les professionnels de la SMI peuvent considérer généralement comme des problèmes de santé maternelle et infantile (le faible poids de naissance, la mortalité maternelle, la prévention de la grossesse chez les adolescentes) et ont aidé le personnel du programme de SMI à développer des priorités et inclure les préoccupations prioritaires des résidents.

Conclusions : Les professionnels de la SMI peuvent appliquer la voix-de-photo comme une méthodologie de recherche participative novatrice pour engager les membres de la communauté dans l'analyse des besoins, la cartographie des atouts et la planification de programme et

à atteindre les décideurs politiques pour promouvoir des stratégies de promotion de la famille, la santé maternelle et infantile telles que percues du point de vue local (Wang et Pies, 2004).

Les liens avec d'autres personnes et organisations

Les liens avec d'autres personnes et organisations incluent les partenariats, les coalitions et les alliances pour la santé (les alliances pour la santé sont un thème de prédilection dans la promotion de la santé et examiné ultérieurement dans Jones et Sidell, 1997, p. 37) pour aborder les besoins de la communauté. Essentiellement, ces liens ou, comme nous nous référons à eux dans cette section, les « partenariats », sont la quatrième étape du continuum d'autonomisation communautaire. Les partenariats démontrent la capacité de la communauté à établir des relations avec les différents groupes ou organisations basée sur la reconnaissance des intérêts qui se chevauchent ou mutuelles et le respect interpersonnel et inter-organisationnel. Les partenariats illustrent également la capacité d'établir de réseaux, de collaborer, de coopérer et de développer des relations qui favorisent une interdépendance accrue entre ses membres. Ils peuvent impliquer un échange de services, la poursuite d'une co-entreprise fondée sur un objectif commun ou d'une initiative de sensibilisation pour changer les politiques publiques ou privées. L'encadré 8.6 fournit un exemple de création de partenariats entre les différentes parties prenantes dans une alliance pour la santé en Angleterre.

Goodman et al. (1998) distinguent les réseaux sociaux et inter-organisationnels dans une communauté et des autres réseaux en dehors de la communauté. Ils font remarquer que les relations interpersonnelles et les réseaux sociaux

qu'ils développent, viennent dans le cadre de structures organisationnelles telles que les groupes confessionnels, les comités, les clubs sociaux et les lieux de travail. Les réseaux sociaux et inter-organisationnels sont étroitement liés. Comme le soutiennent Barbara Israël et ses collègues (1994), ces réseaux peuvent conduire à l'autonomisation par l'information communautaire, la coopération dans la prise de décisions et la participation dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes.

Encadré 8.6. : Le projet de natation des femmes asiatiques.

Le forum asiatique de la santé à Liverpool, en Angleterre, a identifié un grand nombre de cas de dépression et d'isolement chez les femmes asiatiques dans la région. Un agent de santé de développement avec l'alliance s'est entretenu avec des femmes asiatiques locales et a décidé d'approcher un centre de loisirs sur la possibilité d'organiser des cours de natation uniquement pour ces femmes. Cela permettrait d'assurer la confidentialité, par exemple, les fenêtres devraient être noircies et les leçons dirigées par d'autres femmes. L'alliance entre les femmes asiatiques et le centre de loisirs a réussi à organiser des cours hebdomadaires et à obtenir du financement pour un instructeur féminin.

Les leçons étaient très populaires et l'emploi du temps a dû être réorganisé afin d'éviter des conflits avec d'autres activités de la piscine et à accueillir les jeunes enfants des nageuses asiatiques. Les leçons ont continué tout au long de l'été avec environ 20 femmes par session. Finalement, l'agent de santé de développement a été en mesure de déléguer une partie de la responsabilité pour les leçons à l'alliance et lentement leur intérêt a porté sur d'autres activités sportives. L'agent de santé de développement était alors en mesure d'utiliser ce temps pour configurer d'autres

alliances avec des centres de loisirs et d'accroître les choix offerts aux femmes asiatiques (Jones et Sidell, 1997, p. 41).

Il est à noter que l'idée d'une relation entre partenaires égaux mais différents tout en étant mutuellement bénéfique n'est pas forcément adaptée, par exemple, dans les communautés traditionnelles fidjiennes les « partenariats » communautaires peuvent être perçus comme une menace à l'autorité dans la communauté (Laverack, 1999). Les réseaux inter-organisationnels issus des relations verticales sont également moins autonomisants que ceux construits sur les relations horizontales en raison des déséquilibres de pouvoir. Cela peut conduire à un partenaire ayant un pouvoir autoritaire sur un autre partenaire, par exemple, par la contrainte ou le consentement.

Peter Korsching et Timothy Borich (1997), deux agroéconomistes américains, décrivent une nouvelle forme potentiellement utile de partenariats directement liée à l'autonomisation communautaire. De petites villes rurales dans l'Iowa en Amérique ont commencé à se donner elles-mêmes du pouvoir en formant des « communautés de groupe ». Les communautés de groupe sont "... des alliances volontaires entre deux ou plusieurs communautés pour aborder des problèmes, des besoins et des intérêts communs. Ces petites villes ont été confrontées aux mêmes problèmes : le manque de ressources, le déclin de l'emploi, la perte de population et la fermeture des entreprises et des institutions, causés par d'importants changements économiques et sociaux dans la société. En réponse, de nombreuses communautés ont adopté une stratégie de création d'alliances pour regrouper leurs ressources, discuter des problèmes et planifier des actions. L'émergence des communautés de groupe suit un modèle similaire à la progression tracée dans le continuum d'autonomisation communautaire : l'initiation par une

personne ou une organisation concernée, la mise en place de réunions avec d'autres communautés, l'organisation formelle, le développement des liens supplémentaires et des partenariats et une expansion des préoccupations de la communauté pour aborder de plus larges et plus profonds problèmes socio-environnementaux. Les groupes demeurent volontaires et à petite échelle, mais deviennent souvent des personnes morales en développant des liens avec des organismes privés et publics tels que les entreprises et les universités.

Les deux derniers domaines : le rôle de l'agent extérieur et la gestion de programme sont spécifiques au développement d'approches d'autonomisation communautaire définies dans un contexte de programme. Les sept premiers domaines sont génériques et pourraient être appliqués à n'importe quelle communauté, soit en tant que partie prenante ou indépendante à un contexte de programme.

Le rôle des agents extérieurs

Dans un contexte de programme, les agents extérieurs constituent un maillon important pour aider les communautés à mobiliser et à accéder aux ressources. Ceci est particulièrement important au début d'un programme lorsque le processus d'autonomisation communautaire peut être déclenché et entretenu par les services spécifiques fournis par un agent extérieur. Dans l'encadré 8.7 nous donnons un exemple du rôle d'un agent extérieur dans un projet de santé. Cependant, le programme de partenariats entre les parties prenantes primaires et secondaires est habituellement basé sur des relations verticales qui prennent une approche « top-down » pour les programmes de promotion de la santé. Les difficultés d'une relation top-down sont confuses lorsque les agents extérieurs, tels que

les consultants ou les experts, sont impliqués dans des programmes interculturels. Le transfert interculturel de compétences, des connaissances et des ressources n'est pas un processus simple et échoue souvent car les agents extérieurs ne considèrent pas la capacité de résistance culturelle des valeurs, la résistance des institutions hôtes, le ressentiment, la méfiance et les jalousies parmi les parties prenantes locales (Leach, 1994), ainsi que l'incapacité de l'agent extérieur pour comprendre les forces existantes, les connaissances et les capacités des communautés locales.

Toutefois, les agents extérieurs peuvent et jouent souvent un rôle important en facilitant les changements dans les programmes en fournissant un soutien infrastructurel (Constantino-David, 1995), le développement des compétences (Minkler et Cox, 1980), l'élévation du niveau de la conscience critique (O'Gorman, 1995), l'expertise technique (Hildebrandt, 1996) et la mise à disposition des finances (Wheat, 1997). Le rôle de l'agent extérieur est essentiellement celui de la transformation du pouvoir autoritaire, le contrôle des décisions et des ressources pour permettre aux autres d'acquérir plus de propriété et de contrôle par la découverte de leur propre pouvoir intérieur.

Encadré 8.7. : Le rôle de l'agent extérieur dans un projet de santé.

L'autorité de la santé à Oldham a établi un groupe de direction de « voix locales » dans le but d'impliquer les populations locales aux activités de santé. Le groupe était composé de représentants de différents ministères, fiducies communautaires et des organismes gouvernementaux dans un quartier de logements insalubres. Le groupe a décidé d'employer un agent extérieur, des consultants indépendants, pour réaliser une analyse participative des besoins au sein de la communauté dont les membres ont été approchés par le porte à porte et invités à assister aux

réunions pour exprimer leurs préoccupations. Des garderies d'enfant et le transport ont été arrangés et les réunions se sont tenues à des moments qui conviendraient à la communauté. De grandes réunions sont souvent suivies de discussions en petits groupes pour obtenir davantage d'informations de la communauté sur ce qui, selon eux, a pu affecter leur état de santé. Ces premières discussions ont conduit à l'élaboration d'un questionnaire qui a été administré sur une base de porte à porte par des enquêteurs formés. Ce processus a impliqué une relation entre différents représentants travaillant et vivant dans la communauté pour coordonner les activités d'un agent extérieur, les consultants, pour fournir un apport technique spécifique.

Le point important est que les agents ont pu collecter des informations, d'une manière qui était acceptable pour tous les représentants, ce qui a permis aux membres de la communauté de prendre les mesures nécessaires pour effectuer un changement. Dans cette étude de cas, la question consistait à réaliser une analyse des besoins qui implique tous les groupes dans la communauté et qui pourrait alors servir de base pour gagner le soutien et l'engagement d'autres décideurs (Smithies et Webster, 1998, p. 156-157).

Les qualités d'une relation d'autonomisation dans un contexte de programme comprendraient un dialogue non coercitif dans l'identification et la résolution des problèmes, prêtant le statut professionnel pour donner de la crédibilité et l'utilisation du pouvoir pour renforcer la communauté et l'autonomie individuelle. Dans l'encadré 8.8 nous donnons les principales caractéristiques du rôle des agents extérieurs comme « facilitateurs ». Ce terme est explicitement mentionné dans la définition de la Charte d'Ottawa de la Promotion de la santé comme « permettant aux gens

d'accroître le contrôle sur leur état de santé et d'améliorer celui-ci » (OMS, 1986).

Encadré 8.8. : Les agents extérieurs comme « facilitateurs »

- Rendre les objectifs du programme plus facile à réaliser.
- Promouvoir le profil du programme aux bailleurs de fonds et au public.
- Favoriser le soutien des leaders communautaires et politiques.
- Etablir de nouveaux partenariats avec d'autres organisations.
- Définir clairement et communiquer son rôle à d'autres intervenants.
- Faciliter le changement à travers des activités telles que la formation professionnelle et la gestion des conflits.
- Renforcer d'autres domaines d'autonomisation communautaire.
- Faciliter la participation des groupes marginalisés.

La gestion de programme

C'est une hypothèse de ce livre que les professionnels de promotion de la santé sont préoccupés par la pérennisation de programme et que l'incitation à utiliser des approches d'autonomisation communautaire est de renforcer les capacités qui conduisent, au moins en partie, à la continuation de la gestion des programmes par les membres de la communauté. Le rôle de l'agent extérieur (le professionnel de promotion de la santé) et le problème de celui qui gère le programme sont étroitement liés, parce que les professionnels de promotion de la santé et leurs employeurs doivent partager de plus en plus leur contrôle du programme et ses ressources avec la communauté.

La gestion de programme qui autonomise la communauté comprend le contrôle par les principales parties prenantes sur les décisions concernant la planification, la mise en œuvre, l'évaluation, les finances, l'administration, la déclaration et le règlement de conflits. La communauté doit avoir un sentiment d'appropriation du programme qui, à son tour, doit répondre à leurs préoccupations. Une des premières étapes vers la gestion des programmes de la communauté doit être de clairement définir les rôles, les responsabilités et les cadres hiérarchiques de tous les intervenants. Le rôle de l'agent extérieur est de transformer progressivement les rapports de force en transférant la responsabilité vers la communauté durant la période du programme. Dans l'encadré 8.9 nous donnons des exemples des caractéristiques autonomisantes de la gestion de programme.

Encadré 8.9. : Les caractéristiques autonomisantes de la gestion de programme

- Le programme est géré par la communauté avec une supervision limitée des agents extérieurs.
- Le programme dispose d'un cadre conceptuel qui a été développé en collaboration avec la communauté.
- La gestion du programme comprend la participation communautaire aux décisions relatives à la planification et au contrôle de politique, à la mise en œuvre (y compris le contrôle financier et administratif) et le suivi et l'évaluation.
- Un dialogue sur les mécanismes coutumiers de prise de décision est en place et est accepté pour toutes les parties prenantes.
- La communauté a reçu une formation en compétences pour gérer le programme.
- Les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes sont formellement documentés.

- La communauté est responsable envers les autres parties prenantes.

Ce chapitre met en lumière la nécessité pour les professionnels de promotion de la santé d'être conscients que chacun des neuf « domaines » peut avoir une influence directe sur le succès et l'échec des résultats de programme en lien avec l'autonomisation communautaire. Les domaines peuvent servir comme un moyen par lequel la pratique de promotion de la santé peut devenir plus autonomisante en présentant un moyen simple pour définir et mesurer l'autonomisation communautaire.

L'utilisation des « domaines » soulève néanmoins plusieurs questions :

- Certains domaines sont plus importants que d'autres pour l'autonomisation ? Ce n'est pas certain que, le cas échéant, un des neuf domaines ait une plus grande influence sur le processus d'autonomisation communautaire. Le bon leadership, par exemple, a-t-il plus d'influence sur le processus d'autonomisation communautaire que la capacité de la communauté à mobiliser des ressources ou à analyser de manière critique les circonstances contextuelles de leur manque d'autonomisation ?
- Est-il nécessaire que tous les domaines soient renforcés pour que l'autonomisation des communautés se produise ? On ignore si tous les neuf domaines doivent être renforcés dans le cadre de stratégies visant à renforcer l'autonomisation communautaire. Les communautés peuvent-elles, par exemple, progresser vers l'autonomie sans la pleine participation ou sans un leadership fonctionnel ?
- Tous les domaines peuvent-ils être au même titre soutenus par les agents extérieurs dans un contexte de programme ? Certains des domaines peuvent être

renforcés d'une manière plus simple que d'autres, par exemple, les leaders locaux peuvent recevoir une formation en gestion pour aider à construire des structures organisationnelles fonctionnelles. Il est plus difficile de développer un sentiment de conscience critique parmi les membres de la communauté ou de former des agents extérieurs pour transformer les relations de pouvoir dans un contexte de programme.

- Comment les domaines sont-ils liés ? On ne sait pas si un ou plusieurs des domaines agissent ensemble pour se soutenir les uns les autres et si cela a une influence synergique sur le processus d'autonomisation communautaire. Par exemple, la participation renforce-t-elle le leadership ou les structures organisationnelles d'une communauté, dans l'affirmative, cela conduit-il à une plus grande autonomisation communautaire ? On ignore aussi quelle est la combinaison des neuf domaines, le cas échéant, qui a le plus d'influence.

Les « domaines d'autonomisation » ne sont pas absolus. Chaque domaine est interdépendant avec tous les autres. Chaque domaine peut individuellement et de manière interdépendante, influencer l'efficacité des programmes de promotion de la santé et la capacité des pratiques de promotion de la santé d'être autonomisantes. Il n'est pas clair s'il y a une hiérarchie d'importance ou si une combinaison des domaines a plus d'influence. Ce sont là des questions pour des recherches approfondies.

Néanmoins, ces domaines sont issus d'une abondante littérature théorique et empirique et ont été testés sur le terrain dans plusieurs pays et sont utilisés par de nombreux professionnels de la promotion de la santé dans différents contextes.

Dans le chapitre 9, nous discutons maintenant un exemple d'étude de cas d'autonomisation communautaire dans le contexte africain francophone.

CHAPITRE 9. : LE DEVELOPPEMENT DE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION COMMUNAUTAIRE EN AFRIQUE FRANCOPHONE

A travers ce chapitre nous mentionnons la pratique de l'approche d'autonomisation communautaire dans le contexte d'Afrique francophone par le biais d'une étude de cas qui montre les caractéristiques spécifiques tout en faisant ressortir ses principes fondamentaux. L'étude de cas que nous présentons est celle dont il a été fait mention au chapitre 6 et qui est relative à la lutte contre le paludisme de l'enfant au Bénin.

Le projet d'autonomisation communautaire pour la lutte contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans à Drabo au Bénin (Houéto & Deccache, 2008)

Introduction

Le paludisme reste la principale cause de morbidité et de mortalité dans les pays d'Afrique Sub-Saharienne (ASS) (Breman et al., 2004). Chaque année, 350 à 500 millions de personnes en souffrent dans le monde, généralement dans sa forme sévère (OMS, 2005). Presque 3 millions d'enfants et adultes continuent de mourir de cette maladie dans le monde chaque année, en dépit de l'existence de mesures préventives et curatives efficaces (Greenwood et al., 2005). Environ 94 % de ces décès dus au paludisme dans le monde surviennent en Afrique subsaharienne (Bryce et al., 2005). Les victimes sont principalement les enfants de moins de cinq ans, dont au moins un meurt toutes les 30 secondes (OMS, 2003a). Cette grande prévalence du paludisme est due à une situation de pauvreté et de l'inadéquation des

services de santé (Barat et al., 2004 ; Keiser et al., 2004 ; Malaney et al., 2004 ; Panosian-Dunavan, 2006).

En outre, le paludisme en soi, par ses conséquences, contribue à maintenir les populations dans un état de pauvreté, parce qu'il génère pour l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne une perte de plus de 12 milliards de dollars US chaque année à travers les pertes de revenus, les investissements étrangers et les ressources liées au tourisme manqués (Greenwood et al., 2005 ; Panosian-Dunavan, 2006). Au niveau des ménages, par exemple le paludisme diminue les ressources destinées à la dépense des premiers besoins (nourriture, frais de scolarité, etc.) et sous-tend la multiplication des naissances à cause de la logique qui est souvent évoquée: « *il est nécessaire d'en faire suffisamment dans la prévision au nom de la mort* "(Percy-Dunavan, 2006).

Vis-à-vis du paludisme, plusieurs actions ont été entreprises depuis déjà plusieurs décennies, avec le soutien de plusieurs partenaires au développement. Cependant, cette situation connue du paludisme n'a jamais eu un peu de changement et continue de défier l'ensemble des acteurs engagés dans le processus de son contrôle (Greenwood et al., 2005 ; Panosian-Dunavan, 2006). C'est dans ce contexte que nous avons entrepris une expérience pour afficher le nœud de l'échec des diverses actions menées à ce jour. Nous évoquons quelques actions menées ou en cours au moment de notre expérience.

Contextes international et national au moment de l'expérience

Au moment d'effectuer la présente expérience, les chefs d'Etat et de gouvernement de l'ASS, à maintes reprises, ont porté leur attention sur le problème du paludisme et ont alors travaillé à l'adoption de plusieurs déclarations pour un

meilleur contrôle de cette maladie. Parmi ces déclarations, nous citons celui d'Abuja et les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

- *Le sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement à Abuja*

Bien conscients de l'existence de la question du paludisme, les gouvernements de l'ASS ont donné une grande priorité à la lutte contre cette maladie dans les interventions visant le bien-être des populations de la région (OMS, 2000). Un accent particulier a été mis sur le paludisme l'enfant ; ceux-ci constituant une des populations vulnérables au *Plasmodium falciparum*, le principal agent pathogène dans la région (Greenwood et al., 2005). Cette préoccupation avait conduit les dirigeants africains à se réunir à Abuja (Nigeria) en 2000 où il était prévu qu'à la fin de l'année 2005, au moins 60% des personnes atteintes de paludisme auraient facilement accès à un traitement adapté et moins cher dans les 24 heures après le début de la maladie (OMS, 2000). Pour atteindre cet objectif, les gouvernements de la région de l'ASS ont lancé, entre autres, nombreuses actions, le renforcement des interventions à base communautaire avec principalement l'initiative de la prise en charge domiciliaire précoce du paludisme (HMM) (OMS, 2003b), la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (Breman et al., 2004) et l'utilisation généralisée des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée (Abdulla et al., 2005 ; Lengeler, 2005 ; OMS, 2004).

Plusieurs expériences ont été faites au niveau communautaire avec des résultats encourageants dans de nombreux pays de la région, comme le Kenya (Marsh et coll., 2004), l'Ethiopie (Kidane & Morrow, 2000) et le Burkina Faso (Sirima et al., 2003). Ces expériences se sont réalisées au niveau local sans une mise à l'échelle nationale

dans les pays (Yamey, 2004) ou du moins pour certains, dans des régions entières du pays concerné (Archer et al., 2006). Il n'est donc pas étonnant que, à la fin de l'année 2005, les engagements de la déclaration d'Abuja n'aient pas été atteints (Archer et al., 2006 ; Butler, 2007 ; Molyneux & Nantulya, 2004 ; Yamey, 2004).

Cependant, on peut se demander, si une généralisation de ces expériences avait eu lieu, aurait-il été possible d'atteindre les objectifs d'Abuja ? Si l'on tient compte de l'analyse d'Adongo et al. (2005), Baume (2002a, 2002b), Jones (2006), Jones et Williams (2004), Williams & Jones (2004), on devrait s'attendre à l'échec de la déclaration d'Abuja même avec la mise en œuvre de l'initiative HMM et semblables. Selon ces auteurs, la prise en charge du paludisme exige l'examen intrinsèque de facteurs tels que ceux socio-économiques, culturels, environnementaux et autres facteurs qui sous-tendent cette maladie. Au-delà de ces facteurs, il y a le système de santé en général dans les pays d'Afrique subsaharienne qui constitue un obstacle éventuel à l'atteinte de ces objectifs (Percy-Dunavan, 2006 ; OMS, 2004). En d'autres termes, plusieurs facteurs sont à prendre en considération simultanément pour un contrôle efficace du paludique en général et celui de l'enfant en particulier, car il implique une approche globale et une participation effective de la communauté (Jones, 2006 ; Jones et Williams, 2004). Des interventions mises en œuvre pour atteindre les objectifs d'Abuja n'ont pas tenu compte de ces aspects intrinsèques de la prévalence du paludisme (Percy-Dunavan, 2006 ; Molyneux & Nantulya, 2004 ; Yamey, 2004). Au regard de cette persistance de la prévalence du paludisme, de nouveaux engagements au niveau international ont été pris afin de lutter contre cette maladie à travers les OMD.

- Les O*bjectifs du Millénaire pour le Développement*

Au-delà du continent africain, le paludisme est une préoccupation au niveau international exprimée à travers les OMD reconnaissant le poids du paludisme sur le faible niveau économique des pays d'Afrique subsaharienne (Lapeyre, 2006 ; Panosian-Dunavan, 2006). Cependant, les OMD comme objectifs ciblant certaines maladies particulières sans leur prise en compte dans des contextes spécifiques qui les génèrent, semblent poser la résolution de la question du paludisme dans la vision biomédicale de la santé (Lapeyre, 2006). Selon Lapeyre (2006), cette forme de résolution de cette question est loin de soutenir la réalisation des OMD.

Murray et al. (2007) affirment, en examinant l'OMD 4 : « *dans le monde, nous ne faisons pas actuellement un meilleur travail pour la réduction de la mortalité infantile comparativement à ce que nous faisions il y a trois décennies*... » Si donc rien n'est fait afin de prendre des mesures correctes adaptées à la réalité du paludisme selon que c'est vécu par les communautés dans la région ASS, « les OMD échoueront assurément », ont déclaré plusieurs auteurs (Bryce et al., 2006 ; Campbell, 2007). Les enfants africains de moins de cinq ans continueront à mourir du paludisme (Werner & Sanders, 2006).

- *Approches utilisées au Bénin pour contrôler le paludisme*

Au Bénin (Afrique de l'Ouest), le paludisme est la principale cause de morbidité et de mortalité des enfants de moins de cinq ans. En 2005, 49% des consultations et 50% des hospitalisations d'enfants de moins de cinq ans ont été en raison du paludisme. Le paludisme est l'une des grandes

priorités d'action pour les dirigeants du pays à travers le Ministère de la santé (MS/Bénin, 2006). Plusieurs actions ont été initiées en lien avec les politiques qui sont en cours aux niveaux régionale et internationale pour contrôler le paludisme, parmi lesquels : l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée d'action (MIILD), le traitement des cas de paludisme à l'aide de la thérapie combinée d'artémisinine (CTA) (MS/Bénin, 2006). Malgré tous ces efforts, si l'on considère par exemple la décennie de 1996 à 2005, on peut remarquer que le paludisme est resté tout le temps la première cause de morbidité et de mortalité au Bénin, avec même une tendance à la hausse (MS/Bénin, 1997-2006).

Comment faire face à la persistance du paludisme ?

Le paludisme est-il pour autant une maladie invincible malgré l'existence de mesures curatives et préventives efficaces ? On peut dire que le vaccin est la solution idéale. Mais les événements récents en ce qui concerne la vaccination sur le continent rappellent que le vaccin n'est pas toujours la meilleure solution pour les populations qui ne sont pas convaincues de la logique de recherche biomédicale sur la même base que les professionnels de la santé (Helman, 2007). La question du paludisme invite, selon nous, à un redimensionnement des stratégies traditionnelles pour lutter contre les maladies. Pour Alilio et al., (2004), Jones (2006), Jones et Williams (2004), les stratégies actuellement utilisées contre le paludisme ne sont pas adaptées. Selon ces auteurs, le paludisme en Afrique subsaharienne est caractérisé par son ancrage dans un contexte culturel, socioéconomique et environnemental particulier. En outre, avec le paludisme et plus précisément avec la fièvre qui est le signe principal, il y a des perceptions et des représentations particulières des individus dans les communautés dépendamment de chaque sous-région du ASS (Adongo et al., 2005 ; Baume, 2002a ;

Helman, 2007, p.412 ; Jones et Williams, 2004 ; Kamat, 2006). Tout cela a conduit les communautés dans la région à un « savoir indigène » dans le domaine du paludisme en particulier ainsi que pour la fièvre en général. Ainsi, parce qu'il n'y a pas de lien établi entre la fièvre et le paludisme d'enfant, les parents ont recours à certaines pratiques thérapeutiques de contrôle de la fièvre et/ou du paludisme à l'aide de médicaments par exemple les antipyrétiques, mais avec des posologies et des durées inadéquates (Baume, 2002a ; Helman, 2007, p. 412 ; Kamat, 2006 ; Marsh et al., 2004). La majorité des campagnes contre le paludisme ont souvent peu ou pas des aspects qui traitent vraiment de ces divers facteurs (Houéto et al., 2007a ; Baume, 2002b ; Helman, 2007). Une des raisons possibles est que le secteur de la santé gère toujours la maladie avec une certaine vision biomédicale qui conduit les professionnels de la santé à apporter des solutions à la population sans pour autant chercher une véritable collaboration de cette population afin de systématiquement identifier les divers facteurs susmentionnés et à composer avec eux (Alilio et al., 2004 ; Baume, 2002b ; Helman, 2007 ; Jones et Williams, 2004 ; Kamat, 2006). Traitant de la question du paludisme en prenant en compte les perceptions et représentations des populations, en d'autres termes, en tenant compte de leur « savoir indigène », leurs atouts, serait une façon de les autonomiser en déplaçant vers elles un certain nombre de pouvoir qui était exclusivement avec les professionnels de la santé. Cela est conforme à la déclaration des soins de santé primaires (SSP) (OMS, 1978) où il est dit : « *une forte participation de la population est essentielle et une autonomie sociale et de la conscience sont des facteurs clés du développement humain.* »

En d'autres termes, lorsqu'il s'agit de stratégies qui conduisent à des résultats plus positifs dans le cadre de la lutte contre le paludisme, composer avec les

caractéristiques des populations, leurs connaissances et leurs pratiques en termes de fièvre (bonnes comme mauvaises selon la vision biomédicale de la maladie) pourraient jouer un rôle important dans leur autonomisation pour contrôler cette maladie.

Nous avons, sur la base de ce principe des caractéristiques des populations et surtout parce que les tendances du paludisme nous semblent en dépendre énormément, initié l'intervention que nous rapportons dans ce chapitre pour une lutte efficace contre le paludisme de l'enfant de moins de cinq ans au Bénin. Nous traiterons :

- Comment la participation et l'autonomisation des communautés ont permis d'améliorer la lutte contre le paludisme et réduire les inégalités ?
- Les conditions essentielles nécessaires pour assurer la participation et l'autonomisation effectives des communautés ;
- Les nouvelles méthodologies pour la construction de résultats basés sur l'évidence en matière de participation et d'autonomisation des communautés dans le domaine de la santé et du développement.

Comment la participation et l'autonomisation des communautés ont permis d'améliorer la lutte contre le paludisme et réduire les inégalités?

L'intervention a eu lieu au Bénin (Afrique de l'Ouest) dans une zone rurale. Il a duré 27 mois et consiste en l'accompagnement d'un village d'environ 1000 habitants dans l'élaboration d'un programme de lutte contre le paludisme des enfants de moins de cinq ans basé sur leurs atouts à travers la participation et l'autonomisation. Le processus est rapporté ci-après.

1 : Identification et description du problème de santé prioritaire. Nous avons mené avec la communauté une étude de base après plusieurs contacts et discussions avec le chef de village, les notables et l'ensemble de la communauté en Assemblée Générale.

2 : Expression du problème. Une séance de restitution des résultats de l'étude de base a été organisée. Son but était d'établir une compréhension communautaire en général sur les causes de la fièvre chez les enfants. Les différentes causes de la fièvre relatives au secteur de la santé et aux autres secteurs non-sanitaires et en lien avec les réalités du village ont été identifiées. Les problèmes à résoudre pour une organisation efficace de la lutte contre la fièvre ont été évoqués.

3 : Reformulation des problèmes. Les principaux problèmes identifiés ont été reformulés après leur validation, selon la compréhension de la communauté et se basant sur les moyens locaux disponibles sur place.

4 : Hiérarchisation. Les problèmes identifiés ont été classés selon le poids que la communauté leur accorde.

5 : Inventaire de ressources. La communauté a examiné la question des ressources nécessaires pour résoudre les problèmes identifiés ainsi que la possibilité de collaborer avec les professionnels de la santé et autres professionnels selon les besoins identifiés.

6 : Changements souhaitables et réalisables. La communauté a identifié diverses mesures à prendre. Elle a souhaité et mis en place un Comité local d'exécution des activités à mener, qui a identifié sept axes d'action, comme indiqué ci-dessous.

7 : Mise en œuvre. Le Comité local a joué un rôle principal au cours de la mise en œuvre des activités répertoriées. Il a créé et maintenu des relations informelles avec la communauté principalement à travers ses autorités, les notables et des réunions périodiques de village. Voici les sept actions mises en œuvre par le Comité local :

a. Traitement domiciliaire précoce de la fièvre de l'enfant par les mères. Sur l'initiative de la communauté, une formation a été organisée à l'intention des mères dans les différents hameaux du village. Elle a été assurée par le chercheur principal en collaboration avec le Ministère de la santé qui a donné un soutien technique et matériel à cette activité et tout le processus. À la fin de chaque session de formation, les mères établissaient leurs critères et choisissaient à l'unanimité un agent de santé communautaire (ASC). Les mères ont proposé d'ajouter le vermifuge au traitement, car selon elles, les vers intestinaux sont un facteur d'aggravation de la fièvre de l'enfant. Les doses de traitement ont été pré-conditionnées en sachets de reconditionnement. L'approvisionnement en médicaments et la fixation des prix sont gérées par le Comité local.
b. Utilisation des MIILD. Le Comité local après discussion avec la communauté a décidé d'utiliser les MIILD. Ils ont estimé la quantité nécessaire à 300. Le Ministère de la santé a permis au projet d'acquérir les 300 MIILD que les membres de la communauté ont acheté dans un délai d'une semaine alors que le battage médiatique autour de l'utilisation des MIILD ne les avait jamais amenés à ce taux d'acquisition.
c. Amélioration du revenu des parents. Deux importantes activités génératrices de revenus ont

été adoptées par la communauté pour soutenir la lutte contre le paludisme des enfants dans le village. Il s'agissait de l'installation de deux moulins à grains pour le traitement des maïs, haricots et autres céréales et aussi le manioc. Pour ce qui concerne les activités agricoles, des contacts ont été pris avec l'Institut International d'Agriculture Tropicale (IITA) afin d'améliorer les pratiques agricoles. Ceci a été rendu possible par l'intermédiaire de l'ancien Directeur de l'IITA qui est naturalisé béninois et un habitant du village.

d. Mise en place d'une micro-assurance santé. La communauté a convenu de certaines méthodes de micro-assurance en matière de santé pour aider à une consultation précoce au niveau des formations sanitaires de la localité : 100F CFA ($US0.2)[1] comme frais d'adhésion et une cotisation mensuelle de 200F CFA ($US0.4) par ménage ($US4.8 par année). La contribution couvre 100% des soins au niveau des ASC et le centre de santé de district (CSD). Le Comité local s'est engagé à superviser un programme de déparasitage régulier (trimestriel) des enfants à travers le programme de la micro-assurance santé, afin de réduire la « susceptibilité » des enfants à la fièvre selon la croyance dans le village.

e. Salubrité de l'environnement et création d'habitat sans moustique. Selon la compréhension de la Communauté, après discussions, il y a un modèle d'habitat dans le village qui a un effet protecteur contre les piqûres de moustiques. Ce qui a amené les

[1]$US1= 500F CFA (au moment de l'intervention)

membres de la Communauté à adopter un nouveau modèle d'habitat à travers un mémorandum en accord avec les mesures appropriées pour maintenir leur environnement propre.

f. Scolarisation systématique des enfants et alphabétisation des adultes. Tout le processus de discussion afin de comprendre la fièvre des enfants de moins de cinq ans a amené la communauté à la conclusion que l'instruction est un facteur contribuant à une meilleure attitude et un comportement favorables à la santé. Ils ont décidé d'assurer la scolarisation de tous les enfants du village. La mobilisation des enfants pour l'école a commencé en visant l'année scolaire suivante. L'élimination de l'analphabétisme des adultes est également prévue pour aider le reste du village à avoir une certaine instruction.

8 : Évaluation. Une évaluation de l'intervention a été effectuée après 27 mois. Elle a impliqué le Comité local et les membres de la communauté ainsi que l'agent extérieur. Cette évaluation a permis d'observer les résultats ci-dessous comme fruits de cette intervention basée sur les atouts de la communauté à travers leur participation et autonomisation.

Résultats

- Beaucoup de changements en ce qui concerne les *données cognitives au niveau individuel*, ont été constatés avant et après l'intervention, à savoir :
  a. Les attributions causales de la fièvre de l'enfant de moins de cinq ans : les attributions correctes avant et après

l'intervention sont respectivement 6 et 15 pour les 18 ménages interrogés. Attributions incorrectes sont respectivement 12 et 3 pour les 18 ménages. Une des personnes interrogées a déclaré avant l'intervention : « la *fièvre naturelle ne s'aggrave jamais, mais lorsqu'elle est causée par la sorcellerie, elle se complique toujours ».* Après l'intervention, cette même personne a déclaré : « *les moustiques et l'insalubrité des maisons* » causent la fièvre de l'enfant.

b. La connaissance des pratiques de prévention avant l'intervention est bonne dans 8 ménages parmi 18. Et même ce pourcentage avait une bonne connaissance des pratiques de prévention du paludisme sans les pratiquer pourtant. Après intervention 16 ménages parmi les 18 connaissaient les pratiques adéquates sur la prévention du paludisme et les pratiquaient.

- *Les pratiques des parents en matière de recours aux soins en cas de fièvre de l'enfant.* Le tableau 9.1 présente les pratiques de recours adéquats aux soins de santé dans le village d'intervention avant et après l'intervention (χ^2 = 48.07, P = 0.000000). L'un des ménages interrogés avec la question « la fièvre de l'enfant exige-t-elle un recours aux soins modernes ? », a répondu : avant l'intervention : « *Oui, mais après au moins trois jours, parce que si c'est naturel, elle s'en ira avec les remèdes de la maison »* ; après l'intervention : « *Oui, parce que non traitée par eux* (professionnels de la santé)*, la fièvre implique une anémie importante, de grosses dépenses et même la perte de l'enfant. Ce sera sans conditions. L'idéal à atteindre serait que*

les parents contribuent à l'avance afin d'avoir recours au dispensaire sans se soucier du prix à payer ».

Tableau 9.1. : Recours à des soins de santé adéquats dans le village d'intervention avant et après intervention

Recours aux soins de santé adéquats	Village d'intervention			
	Avant Intervention		Après Intervention	
	n (%)	N	n (%)	N
Dépistage actif du paludisme	6 (12)	52	19 (66)	29
Interviews approfondies	2 (11)	18	16 (89)	18
Total	8 (11) [5 - 21]	70	35 (75) [60–86]	47

N = nombre de ménages interviewés ; n = fréquences des recours aux soins de santé adéquats ;
[ ] = 95 % Intervalle de Confiance

- *La participation communautaire et les actions mises en œuvre.* Selon les entrevues individuelles approfondies et de groupes, environ 80% des membres de la communauté ont participé à l'intervention à travers les différentes actions mises en œuvre. Ce niveau élevé de participation est dû au fait que les membres de la communauté étaient les auteurs des interventions proposées, ont expliqué les personnes interrogées à des entrevues individuelles approfondies ou de groupes.
- Au niveau communautaire.
  a. *Les comportements communautaires* à travers la participation aux réunions avec

prise de décisions, l'engagement à participer aux activités de l'intervention et le désaccord avec certaines décisions se sont progressivement améliorés dans la communauté.

b. *La compétence pour traiter* adéquatement la fièvre de l'enfant s'est développée très rapidement, contribuant au développement de l'estime de soi au niveau des membres de la communauté.
c. *Les compétences pour l'établissement de partenariats se s*ont également développées au niveau des membres de la communauté.
d. *La communication* grâce à une interaction positive, l'expression de points de vue divergents ancrée dans la confiance, se sont développées au cours de l'intervention.
e. On pouvait noter en outre le développement de la *conscience critique* par le biais de la manifestation de la conscience collective, sociale, politique et celle d'un engagement à l'égard des autres membres de la communauté ainsi que l'acceptation d'une responsabilité personnelle pour les changements au sein de la communauté.

- Les données de santé. Nous avons, pour le dépistage actif du paludisme ainsi que pour l'analyse des registres, obtenu des modifications des données de santé.
    a. La *prévalence de la fièvre* et les autres signes du paludisme ont chuté (avant : 34% [27-42], après : 20% [14-28], P = 0,008).
    b. Le *recours aux soins de santé* en cas de la fièvre de l'enfant a augmenté, mais surtout

un traitement domiciliaire précoce et adéquat de la fièvre comme le montre le tableau 9.1 ci-dessus.

c. Par conséquent, il y a eu une *réduction des cas graves de fièvre* comparée à l'année d'avant l'intervention (13% [7-22] en 2003-2004 et 7% [3-15] en 2005-2006, P= 0,18, néanmoins cette réduction n'est pas statistiquement significative).
d. Et une *réduction* statistiquement significative *des décès causés par le paludisme* (4 à 27 mois d'intervention contre 15 en 2004, l'année juste avant notre intervention, P= 0,001).

Tous ces succès nécessitent certaines conditions critiques qui sont indispensables si l'on souhaite les obtenir et les maintenir dans une communauté avec le leadership de celle-ci à travers le processus d'un changement / développement global basé sur leurs atouts.

Les conditions essentielles nécessaires pour assurer la participation et l'autonomisation effectives des communautés

Le processus que nous avons suivi dans cette intervention se résume en quelques points et le soutien très fort provenant de la communauté semble avoir un lien avec ces différents aspects :

- Rien n'a été fait sans tenir compte du contexte local de la communauté d'intervention ;
- La question de la fièvre et le paludisme de l'enfant constituent une priorité pour la communauté d'intervention ;
- La participation, donnant vraiment la capacité à la communauté à prendre toutes les mesures possibles

et convenables, selon les atouts de ses membres, pour le contrôle de la fièvre ;

- Les agents extérieurs (les professionnels), ont joué un rôle de facilitateurs dans le processus, principalement à son début et de personnes-ressources, apportant de la lumière aux actions envisagées par la communauté. Ils ont agi comme un référent ;
- L'utilisation de plusieurs types de stratégies d'action traitant de divers aspects de la vie de la communauté, sans se limiter au secteur de la santé, car les causes vont au-delà de ce secteur à lui seul ;
- La confiance faite à la communauté a joué un rôle de « motivation » et a contribué au développement de leur estime de soi, ce qui implique une motivation importante à réussir leurs propres actions proposées.

Nous résumons tous ces aspects dans la figure 1.2 du chapitre 1 sous le nom du « *principe de la manivelle* » afin de faire ressortir les rôles de la communauté et ceux des professionnels, le premier étant au centre du processus à l'aide de ses atouts et le dernier vient accompagner le processus principalement à ses débuts, en faisant confiance aux atouts communautaires et progressivement prenant de la distance pour devenir un « référent ». Ce rôle de référent disparaîtra avec le temps selon les caractéristiques de chaque communauté, comme l'a déclaré Boyte (1989). Selon McFarlane et Fehir (1994), il faudra deux à cinq ans pour la communauté pour obtenir le contrôle de l'ensemble du processus. Nous pensons que cela dépend aussi du niveau initial d'*impuissance* de chaque communauté ou de la qualité de ses atouts, sa volonté de changer son état de santé et sa qualité de vie. Cela dépend également du rôle que les professionnels auront joué au début du processus d'intervention (la force de la manivelle) en donnant

vraiment le pouvoir à la communauté (Raeburn & Corbett, 2001). Selon Arole et al. (2004) et Raeburn & Rootman (1998), le rôle des professionnels dans la réalisation de cet objectif, doit se situer dans la logique d'un guide et un conseiller qui soutient le contrôle communautaire de l'intervention par le biais de trois lignes d'action, à savoir :

- Veiller à ce que les interventions/programmes de santé se situent dans le cadre de la santé et le bien-être global des populations concernées, tout en visant un contrôle par la communauté depuis le tout début ;
- Soutenir les initiatives de développement de la communauté qui contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des populations partenaires ;
- Renforcer le développement des compétences/aptitudes de la communauté, c'est-à-dire le développement de leurs atouts.

À travers le « principe de la manivelle » nous reconnaissons quelques nouvelles façons/méthodes pour induire des résultats viables dans les interventions communautaires qui mènent au développement communautaire. Ci-après nous nous efforçons de les exposer de la façon dont nous avons pu les observer dans cette intervention de lutte contre le paludisme de l'enfant dans une zone rurale.

Les nouvelles méthodologies pour la construction de résultats basés sur l'évidence en matière de la participation et l'autonomisation des communautés dans le domaine de la santé et le développement

Pour l'obtention de résultats probants à partir d'une approche des atouts communautaires, nous avons observé grâce à cette intervention que la participation communautaire et l'autonomisation sont essentielles. Il est

prouvé, comme l'a déclaré Raeburn (2005) que la participation de la communauté, telle que vécue au sein de cette intervention, est le processus fondamental de l'utilisation et le développement des atouts communautaires. Ce genre de participation est comparé à la manivelle pour dire qu'il est important, au début d'une action de santé/développement, que les agents extérieurs (les professionnels) aident à lancer la réflexion et l'illumination sur la question dans une communauté spécifique. Ce faisant, les professionnels ne sont pas les principaux acteurs œuvrant à la place et pour la communauté, mais juste un soutien ponctuel à apporter à la communauté dans la résolution de son problème. C'est à la communauté de continuer à œuvrer avec un engagement renouvelé. Par le biais de participation de la communauté basée sur ses atouts, il a été possible pour la communauté dans notre intervention de découvrir des réalités biomédicales de la fièvre de l'enfant et d'adopter des comportements favorables à son contrôle. Cette forme de participation n'est possible que lorsque les programmes se concentrent sur les facteurs contextuels locaux et non sur certaines actions génériques, comme c'est le cas dans de nombreux programmes nationaux de lutte contre le paludisme en Afrique subsaharienne (Houéto et al., 2007b). Ces conditions sont nécessaires pour assurer l'équité dans les soins de santé ainsi que la durabilité de l'action de santé, les populations étant elles-mêmes au centre de l'action (Raeburn, 2005 ; Ridde et al., 2007). Sans cela, comment peut-on envisager réussir le contrôle du paludisme de l'enfant en Afrique subsaharienne où les communautés ont beaucoup d'atouts en ayant vécu pendant de nombreuses décennies dans leur environnement, sachant que certains autres aspects culturels de leur vie sont liés au paludisme par exemple et que les professionnels de la santé ne maîtrisent pas ? C'est-à-dire, en d'autres termes, que les systèmes de santé en Afrique subsaharienne ne peuvent pas

« faire reculer le paludisme » sans une approche de Promotion de la santé qui valorise les atouts des gens par le biais de la participation, l'autonomisation et le contextualisme (WHO/EURO, 1998). Le rôle des agents extérieurs nous apparaît comme le principal facteur dans une telle approche, pour leur capacité à être à la fois « présent et en même temps pas », le tout au profit du « savoir indigène », en gardant un statut de guide/mentor et de personnes-ressources. Pourquoi les agents extérieurs tiennent-ils à être des « dieux » pour les communautés lorsque ces dernières ont aussi des connaissances et vivant dans leur contexte ? On peut imaginer ce que nous devons gagner dans cette intervention particulière si nous allons au-delà de 27 mois, comme ce fut le cas dans les projets d'autonomisation communautaire rapportés par Raeburn (2005).

D'une manière générale, pour le système de santé national, parlant des interventions qui assurent la santé et le bien-être des populations, il nous parait nécessaire de parler des attributions essentielles que doivent avoir les agents extérieurs et que nous avons identifiées à partir du rôle qu'ils ont joué dans cette étude qui s'est basée sur les atouts communautaires. Ils doivent :

- Veiller à ce que les interventions/programmes de santé se situent dans le cadre de la santé et le bien-être global des populations concernées tout en visant le contrôle de la communauté depuis le tout début de leur développement. Les agents extérieurs prennent donc un rôle de :
    - guides pour la mise en place du processus de l'intervention, tout en visant l'autonomisation des communautés partenaires,
    - conseillers qui sont sollicités suivant les besoins identifiés par la communauté elle-même dans le cadre du programme. Ils ne

doivent ni imposer leurs points de vue ni donner des instructions particulières,

- Soutenir les initiatives de développement communautaire qui contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des populations partenaires. Les agents extérieurs sont alors :
    - guides des communautés dans le développement de la cohésion sociale, de soutien mutuel, de réseautage, de coopération, d'amitié et d'amélioration de leur qualité de vie,
    - facilitateurs pour la mise en place de partenariats et d'autres liens entre les communautés et les autres acteurs potentiels,
- Prendre soin de l'évolution des compétences et aptitudes communautaires. Les agents extérieurs contribuent au :
    - renforcement des compétences de la communauté par le biais de formations et d'explications sur des questions visées par la communauté elle-même au cours de l'action,
    - développement de l'estime de soi et de la conscience critique au niveau individuel, ce qui conduit à plus de participation à l'action de la communauté,
    - valorisation des pratiques communautaires positives pour la santé et de bien-être et l'encouragement des initiatives communautaires innovatrices,
    - plaidoyer et la négociation en ce qui concerne les pratiques de la communauté nocives à la santé.

L'ensemble de ces attributions montre l'importance du travail multisectoriel qui est centré sur des contextes particuliers avec leurs propres réalités. Ces réalités ne sont

pas suffisamment perçues sans la pleine participation des membres de la communauté, à l'aide en conséquence de diverses stratégies. Tout cela conduit à la durabilité de l'action à travers le processus de mise en œuvre et d'évaluation et contribue à la résolution des problèmes de santé spécifiques et à la réduction des inégalités sociales de santé (figure 9.1).

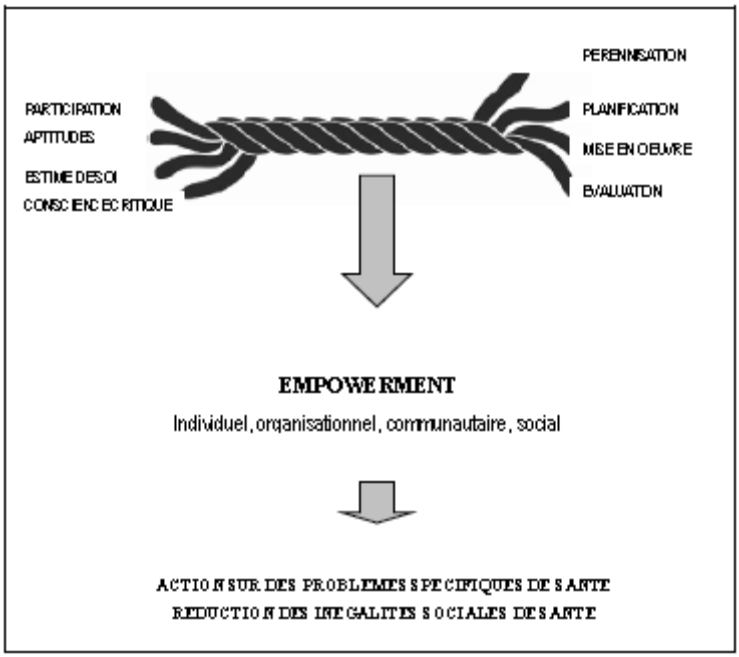

Figure 9.1 : *Illustration du processus, effets et impacts d'interventions du contrôle du paludisme basées sur les atouts de la population (Houéto, 2007*)

L'exemple du paludisme en Afrique subsaharienne est un cas réel qui montre l'inefficacité dans la façon traditionnelle de résolution de problèmes de santé et les problèmes de développement des populations. Baser les interventions sur les atouts des populations est certainement la meilleure

façon de « faire reculer le paludisme » à cause des implications multiples culturelles et socioéconomiques qui en font plutôt un problème de développement communautaire. En effet, on sait que le paludisme n'est pas aussi prévalent dans les environnements de classe moyenne ou haut-de-gamme en termes d'urbanisation, de salubrité et donc d'un minimum de bien-être au niveau de leurs habitants. Cela implique que cette lutte doit aller beaucoup plus au-delà du système de santé étant donné que les causes du paludisme sont au niveau de la communauté et des autres secteurs en particulier. Composer avec les atouts des populations est de leur donner la possibilité de mettre en avant toutes leurs compétences et contribuer à leur amélioration afin de leur permettre de pouvoir continuer à mettre en œuvre efficacement les mesures nécessaires pour une lutte durable contre le paludisme. En d'autres termes, dans la situation actuelle du paludisme dans les pays d'Afrique subsaharienne, le programme national de lutte contre le paludisme, dans une vision globale basée sur les atouts des populations, pourrait être abrité par un autre Ministère plutôt que celui de de la santé. Il peut être à la Présidence de la République ou au Premier ministère afin d'être en mesure d'influencer les différents facteurs qui sous-tendent le paludisme en donnant le pouvoir à ceux qui en ont vraiment besoin pour leur contrôle. Ou alors faire du Ministère de la santé un Ministère déléguée auprès du Président de la République, car la grande majorité des problèmes de santé a besoin d'une stratégie qui va au-delà de l'approche biomédicale de la maladie. Ceci évoque la nécessité d'une réorientation des systèmes de santé voire des systèmes de gouvernement des pays de la région afin de pouvoir contribuer effectivement à l'amélioration de la santé et le bien-être des populations qui ont trop souffert de misère et de maladies. Cela dit, il s'agit d'une réorganisation du travail dans la perspective de la Promotion de la santé qui reconnaît à l'individu et à la

communauté une place importante dans la résolution de leurs problèmes de santé et de développement.

Conclusion

L'expérience actuelle souligne l'importance de l'utilisation de l'approche basée sur les atouts des populations dans la lutte contre le paludisme de l'enfant. La grande majorité des problèmes de santé à l'instar du paludisme est enracinée dans plusieurs autres secteurs qui sont nécessairement à mettre à contribution afin de les résoudre. Et parmi ces secteurs figure la communauté qui doit dans de nombreux cas jouer un rôle important. Cela vaut la peine de baser les interventions sur ce que la communauté a comme ressources. Cette façon de faire a l'avantage d'entraîner la communauté qui saura gérer par l'éveil de sa conscience critique, non seulement la fièvre de l'enfant, mais aussi contribuer à la résolution d'autres problèmes et à son développement propre tout court (autonomie sociale). Une telle action mériterait d'être reprise sur une grande échelle pour en examiner plus de contours divers méthodologiques et opérationnels. Au stade actuel de l'état de la Promotion de la santé dans la région ASS, les questions se situent au niveau de la disponibilité de ressources humaines compétentes, ainsi que la capacité des systèmes de santé actuels à mener à bien une telle action, qui s'avère néanmoins indispensable si nous voulons atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs de la politique de la santé pour tous.

CHAPITRE 10. : L'EVALUATION DES APPROCHES D'AUTONOMISATION COMMUNAUTAIRE

Les professionnels de promotion de la santé et leurs agences ou organismes publics doivent être conscients et ce de manière intentionnelle à utiliser leurs programmes pour accroître les résultats désirés d'autonomisation. Ceci est intimement lié à l'évaluation du processus d'autonomisation lui-même. Toutefois, avant d'aborder l'évaluation de l'autonomisation communautaire, nous voulons aborder brièvement :

- La littérature sur « l'évaluation de l'autonomisation » ; et
- Les différentes mesures de la pratique autonomisante de promotion de la santé et certains points éthiques et méthodologiques sur l'évaluation.

« L'évaluation de l'autonomisation »

Le principal défenseur de "l'évaluation de l'autonomisation" a été le professeur David Fetterman. Son livre coédité, définit et établit la vision de l'évaluation de l'autonomisation (Fetterman et al., 1996). Fetterman et al. (1996, p. 4) définissent l'évaluation de l'autonomisation comme "... l'utilisation des concepts, techniques et résultats d'évaluation pour favoriser l'amélioration et l'autodétermination". Fetterman et al. (1996) soutiennent que, bien qu'orientée vers les individus et les organisations privées de leurs droits, l'approche peut aussi être appliquée aux communautés et aux sociétés. Fetterman et al. (1996, p. 5) soulignent que l'approche vise à "... aider les gens à s'aider eux-mêmes et à améliorer leurs programmes à l'aide d'une forme d'auto-évaluation et de réflexion". Pour y

parvenir, l'approche utilise à la fois des techniques qualitatives et quantitatives dans les activités de groupe comme un processus continu d'évaluation internalisée et institutionnalisée.

Fetterman et al. (1996) conçoivent l'autonomisation comme à la fois un processus et un résultat et identifient des indicateurs à l'échelle communautaire : la preuve de pluralisme ; des structures organisationnelles ; et les ressources communautaires accessibles. L'accent de l'approche est beaucoup plus sur l'autodétermination, destinée aux personnes, organisations ou communautés privées de leurs droits dans un monde où le pouvoir ne peut être donné mais doit être acquis ou pris par les gens. Fetterman et al. conçoivent également la tension comme le dilemme du top-down versus bottom-up pour les praticiens.

L'idée de « l'évaluation de l'autonomisation » a ses origines dans les travaux de la psychologie communautaire et l'évaluation participative dans les pays industrialisés, défendu par des auteurs tels que Julian Rappaport, Marc Zimmerman et Barbara Israël. Fetterman et al. soulignent que leur travail en matière de mouvements de réforme de l'école et des personnes handicapées en Amérique ont été une influence majeure sur l'idée d'évaluation de l'autonomisation. Ce travail a constitué la base théorique pour l'autodétermination qui, à son tour, est devenu le fondement de l'idée de l'évaluation de l'autonomisation.

L'évaluation de l'autonomisation est utilisée spécifiquement dans un contexte de programme et Fetterman et al. (1996) exposent les étapes de l'évaluation de l'autonomisation : 1. faire le bilan des faiblesses et des points forts des programmes ; 2. établir les objectifs d'amélioration future ; 3. élaborer les stratégies pour atteindre les objectifs ; et 4. déterminer le type de preuve

requise pour documenter les progrès crédibles vers leurs objectifs. Ce ne sont pas tous les évaluateurs de programme qui rejoignent Fetterman et ses collègues, notant qu'il y a des moments de lutte pour le pouvoir réel entre les différents acteurs (bailleurs de fonds, communautés) qui peuvent empêcher une telle approche de travail (Patton, 1997) et la nécessité de faire en sorte qu'une telle approche participative à l'évaluation ne fournit pas simplement les réponses que les participants veulent entendre (Stufflebeam, 1994).

D'autres auteurs ont également suggéré l'utilisation d'indicateurs prédéterminés qui peuvent être utilisés dans le cadre d'évaluations externes d'un programme (Labonté, 1994 ; Barr, 1995 ; IRED, 1997). Ces indicateurs de résultat couvrent un éventail de facteurs sociaux, politiques et économiques relatives au niveau du contrôle et donc de pouvoir dont dispose une communauté sur les influences sur la vie de ses membres. De façon similaire, Friedmann (1992), Phillips et Verhasselt (1994) et Craig et Mayo (1995) discutent des résultats de l'autonomisation dans ses grandes lignes contextuels traitant des questions théoriques du pouvoir. Laverack et Wallerstein (2001) discutent des principales questions théoriques et pratiques en ce qui concerne la mesure de l'autonomisation communautaire. Cependant, aucun de ces auteurs n’a discuté du développement d'une méthodologie pratique ou un « outil » pour la mesure de l'autonomisation communautaire.

Des autres niveaux d'analyse d'autonomisation, c’est l’autonomisation psychologique qui a reçu le plus d'attention en termes de développement d'un « outil » pratique pour sa mesure. Rissel et al. (1996a) et Rissel et al. (1996b) ont discuté une méthodologie pratique pour la mesure de l'autonomisation psychologique. Zimmerman a traité de la mesure de contrôle perçu en ce qui concerne

l'autonomisation psychologique (Zimmerman et Rappaport, 1988 ; Zimmerman et Zahniser, 1991) et Hayes (1994) a discuté des indicateurs de l'autonomisation individuelle des employés pour déterminer le niveau de l'autonomisation organisationnelle.

Les mesures d'une pratique de promotion de la santé autonomisante

Il existe trois différents types d'indicateurs qui sont utiles et nécessaires pour l'évaluation de la promotion de la santé : les indicateurs de santé de la population, les indicateurs spécifiques de programme et les indicateurs d'autonomisation communautaire. Nous décrivons brièvement les deux premiers d'entre eux ; les indicateurs spécifiques de programme et de santé de la population, puis continuer pour examiner comment les indicateurs d'autonomisation communautaire pourraient être établis et utilisés pour l'évaluation.

Les indicateurs de santé de la population

Les indicateurs de santé de la population sont des mesures importantes de santé, déterminant les caractéristiques dans les environnements sociales, économiques et physiques, l'état de santé positif et négatif et les comportements de santé. La plupart des indicateurs de ces déterminants sont disponibles par le biais des informations statistiques recueillies de manière routinière par les divers ministères, tels que la santé, l'éducation et les finances ou par des enquêtes périodiques ou autres de santé, de marché du travail par exemple. Ces indicateurs sont les plus efficaces pour surveiller les changements désirés et non désirés en ce qui concerne la santé des personnes et des lieux. Ils fournissent une ligne de base à partir duquel le développement d'un nouveau programme et d'une nouvelle politique pourrait être lancé et les actions engagées.

Mais l'établissement de causes à effets entre ces résultats et les programmes de promotion de la santé est souvent difficile à établir pour plusieurs raisons :
Il y a beaucoup d'autres causes potentielles dans l'environnement en plus du programme de promotion de la santé.
Tenir compte de ces autres facteurs peut être très difficile.
La plupart des programmes sont trop modestes dans leur ampleur pour s'attendre à ce qu'elles aient des impacts significatifs indépendamment sur des résultats comme le taux de pauvreté ou de la pollution de l'environnement.
L'absence d'un changement positif dans ces indicateurs au niveau de l'agrégat (la communauté ou la moyenne de l'ensemble de l'État) peut cacher des changements très positifs parmi un petit groupe de personnes qui participent activement et bénéficie du programme (Labonté, 1998).

En même temps, il est important que les professionnels de promotion de la santé développent un argument factuel pour le comment ou le pourquoi eux, et les membres de la communauté, pensent que leurs programmes de promotion de la santé apportent une contribution positive en termes d'amélioration.

Les indicateurs spécifiques de programme
Les programmes exigent leurs propres indicateurs fondés sur leurs objectifs et buts plus étroitement ciblés. Ce qui distingue les indicateurs spécifiques de programme de ceux de santé de la population est que ce groupe de mesures est directement lié à ce que le programme a l'intention de changer. Les programmes doivent documenter les modifications qu'ils apportent, en particulier ceux qui sont conformes à leurs objectifs (buts). Pour la plupart des bailleurs de fonds, les organismes de santé et les praticiens, ces changements sont habituellement définis comme la finalité. Nous proposons qu'ils soient maintenant considérés

comme des moyens, mais aussi comme la finalité. L'autonomisation communautaire devient une finalité distincte de celles qui sont définies pour des programmes particuliers. Elle existe comme une voie parallèle au programme lui-même, nécessitant sa propre conceptualisation et mesure.

L'évaluation qui autonomise

Avant d'examiner comment les indicateurs pour les domaines d'autonomisation communautaire pourraient être établis, nous voulons aborder comment les évaluations peuvent être entreprises de manière conforme aux objectifs de l'autonomisation. Les quatre étapes de l'évaluation d'autonomisation mentionnées précédemment, proposées par Fetterman et al. (1996), sont considérées comme de bons idéaux pour une approche d'évaluation qui, si elles ne sont pas directement autonomsantes, tout au moins ne contredisent pas les objectifs de l'autonomisation d'une piste parallèle. Les lacunes de l'approche (comment les gens peuvent-ils être « objectifs » dans leurs auto-évaluations des changements provoqués par leurs programmes ?) peuvent être surmontées par la « triangulation ». La triangulation se réfère à l'utilisation de diverses méthodes quantitatives et qualitatives, et d'un certain nombre d'évaluateurs, chacun avec des points de vue divergents, pour évaluer le même changement (Scriven, 1997 ; Sechrest, 1997 ; Labonté et Robertson, 1996).

Toutes les personnes impliquées dans l'évaluation qui, en même temps, autonomise les participants se doivent de partager certains engagements éthiques résumés par Labonté et Robertson (1996) et Wadsworth (1992) comme suit :

- Le respect de toutes les parties comme étant égales et possédant encore des valeurs, des préoccupations et des significations différentes qui sont toutes aussi importantes.
- Une volonté à chercher les perceptions de toutes les parties.
- Une occasion pour tous de discuter et d'interpréter les conclusions afin de parvenir à un consensus sur la meilleure explication.

Mesurer l'autonomisation communautaire

Les points clés pour la conception d'une méthodologie pour mesurer l'autonomisation communautaire ont déjà été abordés dans ce livre et comprennent ce qui suit :

- Le concept de « communauté » peut être interprété comme des individus hétérogènes et des groupes qui partagent des intérêts et des besoins communs et qui sont capables de se mobiliser et de s'organiser pour le changement social et politique.
- Regarder l'autonomisation communautaire comme un processus dans un continuum donne un aperçu de la mesure des compétences et des capacités développées pour un changement social et politique dans les délais prévus de la plupart des programmes.
- Les neuf domaines d'autonomisation communautaire présentent un moyen simple pour définir et mesurer cette construction comme un processus.
- La méthodologie d'évaluation devrait être participative et avoir des rôles et des responsabilités clairement définis pour toutes les parties prenantes.

- Cette méthodologie devrait être une expérience autonomisante et donnant un moyen de traduire l'information obtenue en action grâce à une planification stratégique.

(Laverack et Wallerstein, 2001).

Ces principes sont valables, mais que signifient-ils dans la pratique ? Le premier point que nous voulons faire ici, c'est qu'il y a plusieurs façons possibles par lesquelles l'autonomisation communautaire et, les changements dans les neuf domaines d'autonomisation, pourraient être évalués. L'approche que nous décrivons ci-dessous est une parmi tant d'autres, bien qu'étant celle qui a été ou qui est en cours d'application dans de différents contextes de programme.

Les méthodes de mesure

Les méthodes pour l'évaluation du changement dans les domaines de l'autonomisation sont multiples : l'interview d'informateurs clés, des groupes de discussion focalisée (focus group), des enquêtes, des plans de programme, d'autres formes de documentation (revues de praticiens, comptes rendus de réunions). Alternativement, il existe d'autres possibilités pour recueillir des informations telles que l'utilisation de sociogrammes (une technique pour visuellement cartographier ou dessiner les relations, souvent utilisée comme un élément de programme) pour mesurer les changements de soutien social et des réseaux au fil du temps. Ces techniques peuvent faire partie du programme lui-même, ainsi qu'être les sources d'information pour évaluer le changement (Les sociogrammes ont-ils changé ? Les réseaux se sont-ils accrus en densité et en flux de ressources ?). Intégrer ces techniques dans les activités du programme cadre bien avec l'éthique de l'autonomisation communautaire ; en effet, ces

techniques peuvent aider à engendrer une conscience critique pertinente pour les domaines de l'autonomisation de l'évaluation de problème et à se demander pourquoi.

Déterminer le rang

Les principaux modèles de renforcement de l'autonomisation/des capacités communautaires qui se sont déplacés dans la mesure semblent tous indiquer une forme de classement ordinal (Laverack, 1999 ; Bopp et al., 1999 ; Hawe et al., 2000). Michael Bopp et ses collègues (1999), travaillant principalement avec les Premières Nations (peuples autochtones) et les communautés rurales canadiennes, offrent de nombreuses questions pour guider dans l'attribution d'un rang sommatif à chaque domaine. Penny Hawe et ses collègues (2000) dont le travail est basé sur les autorités de santé australiennes et les centres de santé communautaires, fournissent un certain nombre de déclarations qui nécessitent des rangs indépendants, bien que les éléments de leur domaine et la façon dont ils devraient être marqués sont encore à la phase d'être testés sur le terrain.

Laverack (1999 ; 2003) a utilisé une échelle de cotation (appelée « Echelles de cotation d'évaluation de l'autonomisation ») dans trois communautés rurales fidjiennes sur l'île principale de Viti Levu. Le but était de mettre un accent sur chacun des neuf « domaines » pour les participants afin de leur permettre d'identifier les problèmes et puis les solutions afin de bâtir la capacité communautaire. Chaque niveau de l'échelle était composé de cinq éléments qui allaient de la moindre à la situation la plus autonomisante. Chaque élément a été exprimé comme une brève déclaration dérivée de la discussion de la communauté et de la littérature et un classement a été fait de 1 (inacceptable) à 5 (plus satisfaisant). Les participants

ont été invités à discuter les cinq déclarations pour chaque domaine et à choisir celle qui décrit le mieux la situation actuelle dans leur communauté. Par exemple, pour la participation, les descripteurs de classement étaient :

1. Ce ne sont pas tous les membres de la communauté et les groupes qui participent aux activités communautaires et aux réunions.
2. Les membres de la communauté participent aux réunions mais ne sont pas impliqués dans la discussion et n'y contribuent pas.
3. Les membres de la communauté sont impliqués dans les discussions, mais pas dans les décisions concernant la planification et la mise en œuvre ; ils sont limités aux activités telles que le bénévolat et les dons financiers.
4. Les membres de la communauté sont impliqués dans les décisions et dans la planification et la mise en œuvre ; il existe des mécanismes pour partager les informations entre les membres.
5. La participation au processus décisionnel a été maintenue ; les membres de la communauté sont impliqués dans les activités à l'extérieur de la communauté.

C'est une amélioration utile aux classements totalement subjectifs, surtout si le but est de surveiller les changements dans les domaines au fil du temps. Sinon, comment interpréterait-on les notes attribuées ? Il y a également des problèmes. Au cours de l'essai sur le terrain dans les îles Fidji, les échelles pré-quantifiées ont été trouvées influençant de manière inacceptable le comportement et les actions des participants. L'utilisation des échelles de notation a conduit à l'introduction de biais subjectifs de telle sorte qu'elles ne permettaient pas qu'une évaluation indépendante soit faite par les participants. Les échelles de cotation ont été alors retirées par la suite et la conception a

été adaptée pour utiliser une approche dans laquelle les cinq déclarations sont mises à la disposition des participants, chacune écrite sur une feuille de papier. Dans les essais sur le terrain, chaque déclaration a été écrite en anglais avec une traduction en fidjien. Elles n'étaient pas numérotées ou marquées d'une manière quelconque. Chaque déclaration représentait un élément de la gamme entre la situation la moins autonomisante à la plus autonomisante et ce modèle d'avoir cinq alternatives a été répété pour chaque domaine. Les participants ont examiné les déclarations l'une après l'autre et ont fait la sélection de celle qui décrit le mieux la situation actuelle dans leur communauté. Ils ont répété ce modèle pour chaque domaine, avec un accent mis sur le partage des expériences et des connaissances. Les déclarations pourraient être modifiées ou une nouvelle déclaration rédigée par les participants pour décrire la situation dans leur communauté. Les participants pourraient rejeter certaines déclarations et passer du temps à discuter d'autres avant d'arriver à un consensus sur toute une déclaration. Les participants n'ont eu aucune difficulté à créer de brefs descripteurs pour chacun des domaines qui étaient importantes pour leur programme. Dans d'autres cas, les participants se sont battus au départ. Les participants étaient libres d'ajouter ou de soustraire des domaines qui ne sont pas pertinents (à condition qu'ils donnent une bonne raison de le faire) et à modifier le libellé et l'ordre des rangs pour les domaines qu'ils ont utilisés.

Attribuer le rang

Ces expériences soulignent l'importance d'un « dialogue aisé » ou de l'approche d'atelier d'évaluation des domaines de capacités communautaires. Certains évaluateurs qui utilisent cette méthode de classement attribuent le rang sur la base de la répétition d'entrevues avec les

leaders/informateurs communautaires (Bjaras et al., 1991 ; Eng et Parker, 1994). D'autres pensent que c'est mieux et plus cohérent avec l'autonomisation que les professionnels de promotion de la santé et les membres de la communauté pourraient attribuer le rang en collaboration, soit comme une partie intégrale de la méthodologie de l'atelier (Laverack, 1999 ; Bopp et al., 1999) ou comme il est utilisé dans une application de la voie parallèle au Canada (Labonté, Chad, Bell-Woodard et Laverack, 2002), par courriel et par internet. Il n'y a aucun guide simple pour choisir quels membres de la communauté à inviter dans cette première partie du processus d'autonomisation ou quand est-ce qu'il faut organiser l'atelier des classements. Toutefois, il est préférable d'impliquer les mêmes personnes dans l'attribution des rangs à différents points dans le temps si les rangs seront utilisés pour évaluer les changements au fil du temps.

Valider le rang

La « validité » dans l'évaluation signifie généralement que la mesure (l'indicateur) capte quelque chose de vrai et d'unique. En ce qui concerne l'autonomisation communautaire, la validité du classement est renforcée si plusieurs évaluateurs sont impliqués (c.-à-d. les professionnels de la santé et les membres de la communauté) et qu'ils travaillent à un consensus dans le rang et qu'ils sont tenus d'offrir une justification pour le rang (par exemple s'ils accordent un rang de "3" pour la participation, ils donnent quelques exemples de pourquoi c'est le cas). La validité du classement est également renforcée si les membres de la communauté qui connaissent le programme et sont familiers avec la dynamique communautaire, mais qui ne sont pas eux-mêmes impliqués dans le programme, sont également interviewés comme « informateurs clés » pour évaluer la pertinence des domaines

de l’autonomisation. Cela fournit une évaluation « extérieure » comme un chèque contre le désir des participants à classer des changements dans les domaines de l'autonomisation plus favorablement que pourrait être le cas.

La subjectivité de l'autonomisation communautaire, en dépit de la définir plus précisément comme une fonction des neuf domaines d'autonomisation, reflète un dilemme commun d'indicateurs sociaux. Des indicateurs objectifs, tels que ceux des déterminants des conditions de risque de la santé, représentent des avis d'experts qui ne sont pas partagés par les membres de la communauté. Les indicateurs subjectifs ou les perceptions des gens de ces conditions et des résultats, peuvent refléter la tendance bien connue des personnes qui vivent dans des conditions objectivement terribles pour penser que les choses ne sont pas si mauvaises (Hancock, Labonté et Edwards, 1995). Inclure les deux types d'indicateurs dans un plan d'évaluation permet aux membres de la communauté engagés de questionner tout désaccord apparent entre eux. Ce questionnement est un autre exemple de 'se demander pourquoi' du domaine de l’autonomisation dont les résultats fournissent une preuve utile dans l'évaluation de programme.

Il est important que les participants notent les raisons justifiant l'évaluation pour chaque domaine sélectionné. Premièrement, il aide les autres personnes qui font de la réévaluation et qui ont besoin de tenir compte des notes précédentes. Deuxièmement, il fournit quelques critères défendables ou empiriquement observables pour la sélection. Cela permet de surmonter une des faiblesses dans l'utilisation des déclarations qualitatives ou les « mini-histoires », celle de la fiabilité dans le temps ou entre les différents participants faisant l'évaluation (Uphoff, 1991).

La justification doit inclure des exemples vérifiables des expériences réelles des participants provenant de leur communauté pour illustrer plus en détail le raisonnement qui sous-tend la sélection de la déclaration.

L'organisation d'un atelier sur le schéma de classement

La méthodologie de l'atelier recommandée pour l'évaluation des domaines de l'autonomisation est, essentiellement, une réunion de planification au cours de laquelle les professionnels de promotion de la santé et quelques représentants clés de la communauté se rencontrent pour se mettre d'accord sur :

- Les domaines de l'autonomisation. Les comprennent-ils ? Capturent-ils une qualité importante pour cette communauté ? La description du domaine est-elle pertinente ? Travaillant dans un contexte interculturel (Européen–Fidjien), un effort considérable préalable était nécessaire pour déterminer les équivalences conceptuelles (Laverack, 1999). Cela ne rend pas les domaines de l'autonomisation quelque chose qui change avec chaque groupe ou contexte. L'ajout, la suppression ou la modification d'un domaine a besoin d'un argument bien défendable.
- Commander les descripteurs dans un schéma de classement.
- Discuter où leur communauté se classe-t-elle en ce moment dans le temps et fournir les raisons pour lesquelles le rang est attribué. Des différences pourraient survenir à ce stade et l'obtention d'un rang de consensus peut s'avérer difficile. Des relations de pouvoir subtiles au sein du groupe peuvent détourner les préférences personnelles des individus vers un accord forcé. Ceux-ci font partie

d'un processus normal de groupe et peuvent être gérés avec de bonnes techniques de facilitation de groupe.

- Discuter où la communauté devrait être et, en termes généraux, certaines actions qui pourraient commencer à la déplacer dans la direction souhaitée.
- Identifier les ressources nécessaires pour mener des actions, y compris le programme de promotion de la santé comme une ressource potentielle.

L'information que crée ce processus d'atelier peut être alors utilisée pour planifier le programme de promotion de la santé et pose une question simple : Comment le programme peut-il aider à accroître les changements désirés par la communauté en matière de capacité dans chacun des domaines de l'autonomisation ? Le même groupe d'atelier de classement et des évaluateurs externes supplémentaires peuvent répéter l'évaluation à tout moment pendant la durée du programme. Les questions pour le programme deviennent alors : Comment le programme a-t-il aidé à améliorer la capacité dans un domaine donné (et comment savons-nous ceci, quels autres documents ou preuves pouvons-nous citer) ? Comment le programme peut-il encore l'améliorer davantage ?

L'utilisation de représentations visuelles du rang

Les rangs de l'autonomisation peuvent servir à évaluer la façon dont le programme contribue au mieux aux modifications souhaitées dans les différents domaines. Plusieurs auteurs ont utilisé des représentations visuelles pour cartographier les changements de nature communautaire. Roughan (1986) a mis au point une configuration de roue et a utilisé des échelles de classement permettant de mesurer trois domaines : la croissance

personnelle ; la croissance matérielle ; et l'épanouissement social pour le développement du village dans les îles Salomon. L'échelle de classement avait dix points qui rayonnaient vers l'extérieur comme les rayons d'une roue pour chaque indicateur des trois zones de croissance. Les pas de l'échelle sont joints ensemble après une évaluation par les membres du village pour fournir une représentation visuelle de la croissance et du développement. Toutefois, l'approche n'a pas favorisé la planification stratégique et a utilisé un total de dix-huit indicateurs complexes et interdépendants, comme l'équité et la solidarité pour le développement du village, qui sont difficiles à conceptualiser.

Dans une approche similaire Bjaras et al. (1991) ont mis au point une « toile d'araignée » (ainsi appelée en raison de son apparence qui est semblable à une toile d'araignée) configurée pour la mesure de la participation communautaire en Suède. Cette approche a été utilisée pour évaluer la participation communautaire dans d'autres programmes de santé (Bopp et al., 1999 ; Hawe et al., 2000 ; Rifkin et al., 1988). Bjaras et al. ont utilisé l'approche des cinq facteurs pour évaluer la participation communautaire : le leadership, l'analyse des besoins, la gestion, l'organisation et la mobilisation des ressources ; et une échelle de classement à trois niveau, à savoir : étroit, moyen et large, pour classer chaque facteur. L'approche ne s'est pas effectuée comme une autoévaluation, mais a utilisé un agent externe ; il n'a pas favorisé la planification stratégique ou l'auto-amélioration.

La figure 10.1 fournit un exemple d'une autoévaluation de deux groupes de femmes au Népal également en utilisant la configuration de la « toile d'araignée » pour fournir une représentation visuelle de l'autonomisation communautaire (Gibbon, 1999) à laquelle, en l'occurrence, l'auteur se réfère

comme la capacité communautaire. Cette évaluation a utilisé une échelle de dix points. Les numéros utilisés pour évaluer la capacité communautaire ont peu de sens de comparaison croisée. Ils n'ont de sens que par rapport aux changements dans la même échelle par le même groupe ou la même communauté au fil du temps ou, comme dans le cas d'espèce, les similitudes ou les différences entre les différentes parties prenantes. La « toile d'araignée » a été tracée sur du papier journal par le collègue de travail et deux groupes de femmes qui ont trouvé les informations fournies utiles pour comparer les changements au fil du temps et importantes pour discuter de pourquoi ils avaient donné des évaluations légèrement différentes pour le même domaine.

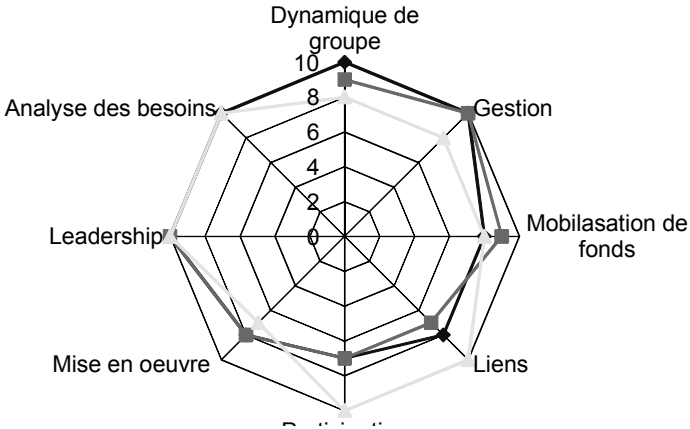

Figure 10.1. : La configuration de la « toile d'araignée »

La représentation graphique des différences au fil du temps permet de tirer quelques conclusions au sujet du renforcement des capacités et d'autonomisation communautaire. Les différences entre les parties prenantes

au même point dans le temps, toutefois, exigent un débat dirigé sur pourquoi des rangs différents ont été attribués. Dans le but de l'évaluation des changements, un certain consensus parmi les intervenants pour les classements à un moment donné doit être poursuivi.

La configuration de la toile d'araignée est spécifiquement conçue pour être utilisée avec « l'approche de domaines », comme indiqué dans le chapitre 8, pour la représentation visuelle de l'autonomisation communautaire. La configuration de la toile d'araignée est sélectionnée sur le diagramme de type « Radar » standard et suit ensuite les simples étapes de l'assistant graphique pour définir la plage de données, les options du graphique et la carte graphique. La représentation visuelle fournit une vue « instantanée » des forces et des faiblesses de chaque domaine et de l'autonomisation communautaire dans l'ensemble. Cette information peut servir à comparer les progrès réalisés au sein d'une communauté et entre les communautés dans le même programme. Les classifications utilisées pour mesurer l'autonomisation communautaire sont, par rapport aux changements dans la même échelle par la même communauté ou entre différentes communautés, comme les ressemblances ou différences sur une période spécifique. La figure 10.2 montre la première (de base) et la deuxième mesure d'autonomisation communautaire dans le village de Tokbai-Talaa au Kirghizistan (SLLPC, 2004). Les deux mesures, prises dans la même communauté, avec les mêmes participants, ont été faites 12 mois séparément. Après la première mesure, les représentants de la communauté ont élaboré un plan stratégique pour renforcer les domaines. Dans la seconde mesure, il y avait une amélioration dans tous les 'domaines' à l'exception de la "mobilisation de ressources" qui était restée au même niveau. Les représentants de la communauté ont décidé d'élaborer un plan stratégique visant à renforcer ce domaine

sur la période des 6 prochains mois et étaient alors en liaison avec les rapports d'avancement du programme (Laverack, 2007, p. 94-96).

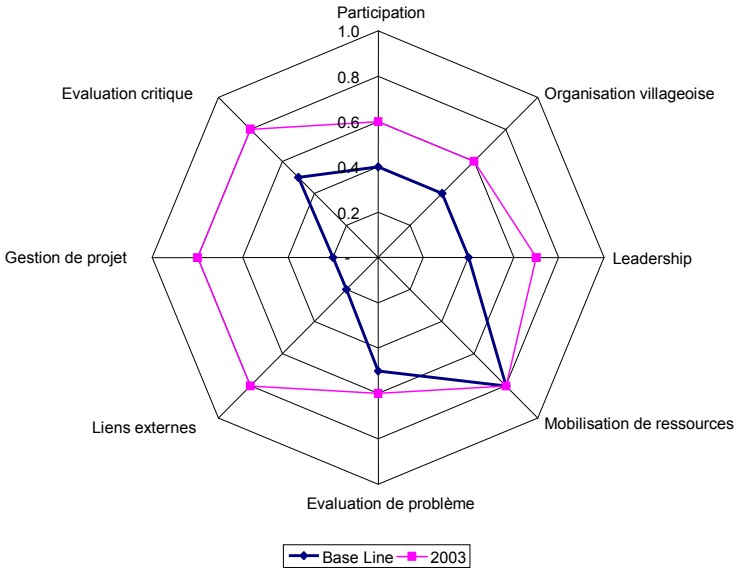

Figure 10.2. : Les mesures pour le village de Tokbai-Talaa

Dans ce chapitre, nous avons discuté de comment planifier et évaluer les programmes de promotion de la santé afin qu'ils contribuent à renforcer l'autonomisation communautaire. Dans le prochain et dernier chapitre, nous réfléchirons sur le thème central du livre et discuterons de certaines questions sociales et politiques impliquées dans l'amélioration de la pratique de promotion de la santé autonomisante.

CHAPITRE 11. : LES IMPLICATIONS POUR UNE PRATIQUE AUTONOMISANTE DE LA PROMOTION DE LA SANTE

Dans ce dernier chapitre, nous regroupons les thèmes centraux du livre : pouvoir et autonomisation et discutons les plus larges implications de la mise en œuvre de ces concepts pour fournir une pratique autonomisante de la promotion de la santé.

Introduction

La santé est un produit d'un grand nombre de secteurs différents, mais étroitement liés, par exemple, le logement, le transport, l'emploi, les services de santé communautaire et de soutien social. La santé est également un produit d'un marché mondial et les stratégies doivent davantage transcender les frontières nationales et organisationnelles. Cela signifie que les professionnels de la promotion de la santé doivent travailler en collaboration avec les praticiens dans de nombreux autres secteurs s'ils veulent développer des stratégies pour s'attaquer à la pauvreté et les inégalités sociales de santé.

Les professionnels de promotion de la santé ne peuvent pas s'attendre à avoir une influence sur la santé dans tous les secteurs et à tous les niveaux dans leur travail quotidien. Cependant, il y a deux secteurs clés d'importance dans lesquels les professionnels de la promotion de la santé ont de l'influence :

- Les professionnels de promotion de la santé participent à influencer les politiques et les pratiques qui affectent la santé, du national « descendant » au niveau communautaire. Afin

d'influencer les politiques et les pratiques, les professionnels de promotion de la santé ont besoin d'avoir une meilleure compréhension de la signification du pouvoir et comment les relations entre les différentes parties prenantes sont comprises et suivies adéquatement par la profession.

- Les professionnels de promotion de la santé sont impliqués dans des approches bottom-up ou de développement communautaire dans leur travail quotidien permettant aux individus et aux communautés d'avoir plus d'influence sur les actions qui peuvent amener des changements sociaux et politiques. C'est le processus « d'autonomisation communautaire » et qui peut conduire à une influence sur les politiques publiques, les changements économiques et réglementaires par l'action collective, le vote, le lobbying auprès des représentants politiques et les campagnes de sensibilisation. Pour être efficace dans leur travail, les professionnels de promotion de la santé ont besoin d'avoir une compréhension claire de l'influence sur le processus d'autonomisation communautaire.

La réorientation de la pratique professionnelle dans la promotion de la santé vers la transformation du pouvoir et l'autonomisation doit être accompagnée d'une clarification correspondante de comment ces concepts peuvent être pratiquement logés au sein de la pratique de promotion de la santé.

Cependant, les innovations dans la pratique doivent en même temps être accompagnées par une demande de redressement des contraintes placées sur la promotion de la santé par sa nature bureaucratique et par la relation

problématique qui existe entre l'État et la société civile (définie ici comme des personnes, en leur qualité de citoyens, s'associent entre elles dans les organisations sociales telles que les clubs, les groupes religieux, les sociétés de mieux-être communautaires et les groupes d'intérêt public). Les organismes qui financent et mettent en œuvre la promotion de la santé doivent céder une partie de leur "pouvoir-autoritaire" (« la position dominante de l'expert » et l'accès aux ressources) dans la programmation top-down pour permettre aux éléments d'une pratique autonomisante de promotion de la santé, discutés dans ce livre, de devenir possibles. Les programmes bottom-up dépendent de financement et leur soutien continu s'appuie sur la disponibilité d'une volonté politique de les mettre en œuvre. Cela peut être difficile quand les individus et les groupes qui participent à l'autonomisation communautaire (société civile), visent à susciter un changement dans l'ordre social et politique qui défie les organismes (de l'État) qui fournissent le financement pour leur maintien.

Pour expliquer ceci, nous examinons trois contextes externes importants qui influencent une pratique autonomisante de promotion de la santé : les contextes politique, économique et socioculturel. Ensuite, nous examinons le contexte organisationnel dans lequel les praticiens de la promotion de la santé travaillent et discutons comment cela peut offrir plus de portée et d'occasions pour embrasser l'autonomisation. Nous discutons également certaines des limitations de l'utilisation d'une approche d'autonomisation et les implications de ces contraintes à la pratique de promotion de la santé.

L'influence du contexte politique

L'histoire introductive de Rudolf Virchow dans le chapitre 2 a soutenu que toutes les maladies ont des causes

politiques comme pathologiques. La promotion de la santé et certainement sa forme autonomisante, est politique, dans la mesure où ses actions dépendent et ont des conséquences pour le contexte politique dans lequel a lieu sa pratique. Le contexte politique (défini ici comme celui en matière de gouvernance avec le contrôle de la décision et d'élaboration des politiques) peut être favorable ou défavorable aux programmes d'autonomisation communautaire. Dans les deux cas, le contexte politique peut agir comme un « déclencheur » pour les individus et les groupes à s'engager dans le processus d'autonomisation communautaire.

Si les communautés locales doivent participer de façon significative dans les programmes bottom-up il faut un engagement politique et des ressources pour cette participation à tous les niveaux de gouvernance. Si un contexte politique favorable n'existe pas, la communauté doit saisir le pouvoir grâce à la mobilisation et à l'action collective, tout d'abord à un niveau local, puis des changements sociaux et politiques à plus grande échelle.

Pour clarifier ces circonstances nous distinguons trois « scénarios » d'autonomisation communautaire au sein de différents contextes politiques (voir figure 11.1) : un contexte politique favorable ; un contexte politique peu coopératif ; et un contexte politique défavorable.

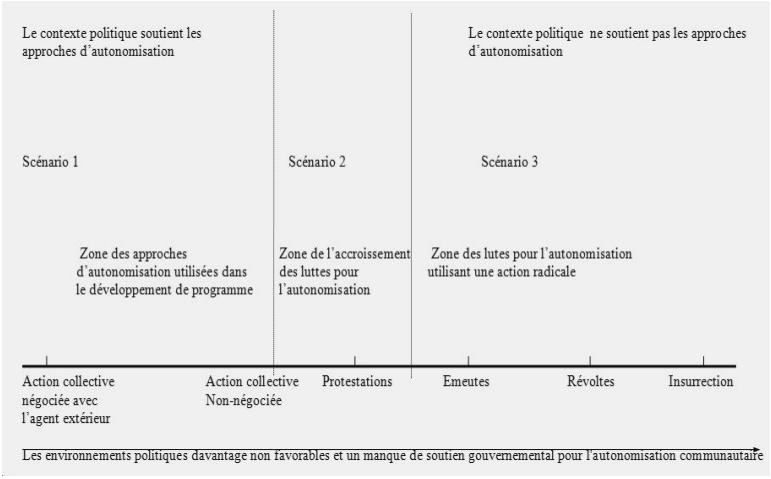

Figure 11.1. : L'influence du contexte politique sur l'autonomisation communautaire

Scénario 1 : Un contexte politique favorable

Un contexte politique favorable permet aux approches d'autonomisation communautaire de se développer dans le cadre de conditions négociées dans des programmes avec des Organisations Gouvernementales et Non Gouvernementales. Les gens sont assistés pour accéder au pouvoir par le biais de la transformation des relations, d'approvisionnement en ressources et le renforcement des capacités. C'est le scénario que Virchow, dans son engagement politique continu à la promotion de la santé, a contribué à créer et dont ceux d'entre nous qui vivons et pratiquons la promotion de la santé dans les démocraties occidentales jouissons encore aujourd'hui.

Scénario 2 : Un contexte politique peu coopératif

Ceci décrit un contexte dans lequel l'autonomisation « lutte » de manière continue pour se développer dans des conditions qui ne permettent pas facilement la négociation avec les organismes externes et peuvent impliquer des

stratégies telles que les protestations et le lobbying. Le contexte politique, bien que cherchant à minimiser ces interruptions d'activité, ne les réprime pas par la force. Ces actions sont visibles dans la vie quotidienne dans de nombreuses économies démocratiques et transitoires, par exemple, les actions localisées des résidents en réponse aux menaces ou dangers environnementaux ou encore les actions plus larges de citoyens manifestant dans leur pays et dans les rues contre une gouvernance non démocratique ou corrompue. Les scénarios 1 et 2 décrivent les circonstances sous lesquelles de nombreux professionnels de promotion de la santé travaillent actuellement dans un contexte de programme.

C'est aussi le scénario que Virchow avait pu rejoindre après les premières manifestations de rue et des mouvements ouvriers au milieu du XIXème siècle en Europe qui a créé un espace plus démocratique de gouvernement.

Scénario 3 : Un contexte politique défavorable

Ceci décrit un contexte politique qui ne soutient pas la participation communautaire et peut résister aux approches d'autonomisation. Ceci est souvent accompagné d'une augmentation de l'instabilité politique et des formes oppressives de gouvernance et de pouvoir hégémonique dans la société civile. La justice sociale et l'équité dans la société n'existent pas et cela peut conduire à des circonstances dans lesquelles les gens peuvent perdre leurs droits fondamentaux à voter, à protester ou à assigner en justice les autorités (voir tableau11.1).

Frances Piven et Richard Cloward (1977), deux premiers auteurs sur l'organisation communautaire, suggèrent que dans des conditions d'extrême inégalité et de pauvreté qui témoignent d'un état insatisfaisant ou dominé par les intérêts d'un groupe d'élites, les pauvres ne peuvent pas

maintenir les organisations ou s'appuyer sur le soutien du système établi. Ils doivent utiliser seulement la ressource significative qu'ils ont, la capacité de causer des troubles. Les tactiques utilisées sont des manifestations, des grèves, des émeutes, des révoltes et l'insurrection. La perturbation, le soutien du public et la réaction de l'opposition deviennent la base de l'influence politique. Il s'agit d'une option limitée et seulement possible dans des circonstances extrêmes et spécifiques telles que l'extrême pauvreté, l'instabilité politique et les périodes de conflit social. Piven et Cloward soulignent que, historiquement, cette option a donné lieu à des exemples de profonds changements sociaux et politiques résultant de l'action collective (communautaire) tels que les manifestations et les émeutes parmi les classes inférieures sur les augmentations de loyer aux États-Unis pendant les années intermédiaires du XXe siècle.

Tableau 11.1. : Les droits fondamentaux et le contexte politique

Contexte politique favorable	Contexte politique défavorable
Un système juridique qui est juste et fournit une assistance juridique pour les pauvres.	Le système juridique est biaisé en faveur de ceux qui sont éduqués et qui détiennent déjà le pouvoir.
Un système électoral libre et équitable.	Le vote est truqué, les groupes marginalisés sont privés du droit de vote, le pays est gouverné par un système de parti unique.
Liberté d'expression d'opinions.	Les gens n'ont pas le droit de pétition, de protester, d'éditer ou de parler publiquement de leurs points de vue qui remettent en cause ceux qui sont déjà au pouvoir.
Un système juridique et administratif incorruptible et équitable.	La pauvreté et l'absence de procédures légales donnent lieu à la corruption dans toute la société et la gouvernance

	à tous les niveaux.
Égal (ou axée sur les besoins équitables) accès aux services, y compris l'éducation, les affaires sociales et aux soins de santé.	Les gens ne sont pas traités équitablement, mais sont jugés comme contre le pouvoir en place en raison de leur caste, tribu, clan ou sexe. (Laverack, 1999).

Dans le cas d'une action communautaire radicale, les organisateurs (les agents extérieurs) et les groupes communautaires doivent optimiser leurs efforts et faire pression pour des concessions complètes en échange d'une interdiction des perturbations. Cela peut être une stratégie coûteuse et risquée, mais c'est aussi le moyen le plus efficace d'utiliser les ressources limitées disponibles pour les très pauvres et les marginalisés.

Barbara Gray (1989), un écrivain influent sur la collaboration inter-organisationnelle et des partenariats, commente que souvent « les parties plus faibles doivent d'abord développer leurs capacités en tant que parties prenantes » habituellement par le biais de conflits et de la lutte avant que les conditions de partenariat entre l'État et la société civile puissent exister. Par exemple, la plupart des mouvements sociaux commencent par affronter directement les systèmes sociaux et les parties prenantes qui détiennent le pouvoir autoritaire sur leurs membres. Le mouvement des droits civiques aux États-Unis a utilisé des sit-in et d'autres formes de manifestations non violentes pour empêcher physiquement l'exclusion de l'apartheid des noirs dans les quartiers. Le mouvement de l'environnement, pour obtenir un siège dans les salles de réunion du gouvernement d'entreprise où les politiques environnementales ont été formées, s'est engagé dans des campagnes « d'actions directes » qui ont bloqué les tubes effluents, ont arrêté les activités polluantes ou empêché la

chasse, l'exploitation forestière ou d'autres formes d'extraction non durable des ressources.

C'est le scénario que Virchow a rencontré quand sa première accusation de la « pathologie » du début du 19ème siècle, le capitalisme qui s'est avéré trop difficile pour les puissants et le pouvoir autoritaire et les intérêts égoïstes, l'ont poussé à se prononcer dans les rues.

Ruth Sunderland (2002), un agent expérimenté de développement communautaire en Irlande du Nord, identifie les principaux défis auxquels sont confrontés les professionnels de promotion de la santé dans un pays sans paix ni stabilité politique : la démocratie et la décentralisation. Un contexte politique qui est stable et n'est pas contesté par l'autonomisation communautaire et une communauté ou un secteur volontaire qui a la confiance et la vision pour adopter le rôle permettant aux individus de prendre des actions collectives. Ruth Sunderland identifie également l'agenda politique, celui qui soutient l'égalité et la capacité et la motivation des organisations légales pour apporter le soutien nécessaire aux approches bottom-up, comme les importants défis politiques pour le développement d'une pratique de promotion de la santé autonomisante.

L'influence du contexte économique

Les contextes politique et économique sont fortement inter-reliés. Le politique définit qui a l'autorité ; l'économique détermine qui a les ressources. Gill Gordon (1995) affirme dans son étude de cas de la santé sexuelle en Afrique que les programmes d'autonomisation ne peuvent réussir que si les personnes sont soutenues par un contexte économique qui fournit les ressources fondamentales telles que les revenus, les denrées alimentaires et le logement et

s'agrandit pour offrir des choix qui présentent de l'espoir. Par exemple, le chômage peut conduire à des conflits, la violence et la criminalité dans un effort pour les gens de se trouver un revenu pour eux-mêmes et leurs familles. Cela peut conduire à des sentiments de vulnérabilité et d'impuissance chez les individus, les groupes et les communautés et peut être le « déclencheur » qui provoque le processus d'autonomisation communautaire.

Maruja Barrig (1990) fournit un exemple de comment le contexte économique a créé les circonstances « favorables » à l'action communautaire. Les femmes au Pérou, forcées par une crise économique qui a conduit à amenuiser les revenus et au chômage, ont décidé d'agir et de s'autonomiser. Des femmes travaillant dans des projets communautaires au départ ont reçu l'aide alimentaire du gouvernement. Cependant, les organisations communautaires ont été rapidement mises en place par les femmes pour exécuter des cuisines communes afin de mieux soulager efficacement les populations des bidonvilles. Ce qui était remarquable a été la taille et la permanence de ces organisations communautaires et l'élan qu'elles ont créé pour conduire les femmes vers des actions d'envergure. Le contexte économique a créé les conditions désespérées qui ont fourni un « déclencheur » pour les femmes à s'engager dans le processus d'autonomisation communautaire.

S'attaquer aux inégalités de santé et réduire l'écart entre les riches et les pauvres consiste à transformer les relations de pouvoir inégales en changeant le contexte économique par le biais de stratégies à long terme et pratiques. Par exemple, réduire le chômage, des salaires égaux et équitables et permettant aux individus de posséder les compétences nécessaires pour réaliser leur plein potentiel au travail. Les professionnels de promotion de la santé peuvent avoir une

influence sur ceci à travers le changement de politique et, peut-être plus significatif, à travers la capacitation d'autres, en particulier les marginalisés et les personnes socialement isolées à avoir un plus grand niveau de participation au processus politique.

Cependant, l'autonomisation communautaire, qui commence à un niveau localisé et se dirige vers l'implication des individus dans des actions plus vastes, peut devenir autolimitant. Les individus peuvent devenir dépassés par la « grande image » dans laquelle leurs petites (localisées) préoccupations existent et les gens peuvent tout simplement ne pas être intéressés à s'engager dans des questions économiques au niveau national ou international. Deux stratégies qui se sont révélées être relativement des succès au Canada dans la lutte contre cette limitation sont les suivantes :

- Assurer la participation du public et la représentation des groupes communautaires dans les comités de direction ou conseils consultatifs par les autorités sanitaires pour maintenir la pression sur la prise en compte des déterminants de la santé sous-jacents et ;
- Construire une base plus large du soutien communautaire en faveur des initiatives de plaidoyer, par exemple, impliquant des groupes et organisations locaux dans les processus de prise de décision dans l'élaboration d'une campagne destinée aux décideurs politiques au niveau national (Labonté, 1998).

Il y a un risque réel que les approches d'autonomisation communautaires travaillant pour intégrer les personnes socialement marginalisées dans le courant économique dominant, n'ont pas également défié le courant économique

dominant comme étant intrinsèquement socialement marginalisant.

Comme le conclut Friedmann (1992) dans son essai important sur les stratégies d'autonomisation pour le développement alternatif dans les pays pauvres :

Etre petit et local ne suffit pas... l'autonomisation politique et économique, l'inclusion des exclus, ne font généralement pas partie d'une approche de développement centré sur les populations (p. 158).

Cela fait partie maintenant du discours économique dominant du « néolibéralisme » qui met l'accent sur la croissance économique grâce à la libéralisation des marchés, la régulation étatique minimale, la privatisation des entreprises d'État et des prestations sociales d'État minimales. Il met l'accent sur la compétitivité, l'individualisme et la méritocratie. Cela pose la question : Dans quelle mesure l'autonomisation peut-elle se produire dans un contexte économique qui repose fondamentalement sur le statut social et la hiérarchie ? Comment par exemple les principes de l'autonomisation peuvent-ils s'appliquer dans la pratique de promotion de la santé dans un système social et de santé qui considère les habitudes tabagiques des travailleurs être un enjeu plus important que le salaire minimum ou le chômage ? (Carey, 2000). Le discours du néolibéralisme a créé des pressions économiques sur les gouvernements pour réduire la fiscalité, la réglementation du travail et les dépenses sociales et empêcher l'investissement dans des secteurs tels que l'autonomisation communautaire qui favorise l'autodétermination localisée. L'autonomisation communautaire doit faire plus que simplement intégrant les personnes marginalisées en veillant à ce qu'il y ait des cadres explicites et des « outils »

pour l'analyse sociale et politique des relations de pouvoir, telles que discutées dans ce livre.

L'influence du contexte socioculturel

Le contexte socio-culturel, exprimé ici comme des attitudes sociétales et culturelles, des croyances, des valeurs et des pratiques, peut soutenir l'autonomisation communautaire, par exemple, en créant un climat dans lequel les éléments interpersonnels de soutien social sur les réseaux sociaux non exclusifs peuvent se développer. Le capital social (les caractéristiques de l'organisation sociale, du réseautage, de la confiance et de la collaboration) est un élément important du contexte socio-culturel.

Le contexte socio-culturel peut également être défavorable à l'autonomisation communautaire. Dans de nombreuses régions d'Asie rurale les relations d'autorité traditionnelle continuent à dominer la vie du village (Asthana, 1994). La tendance socioculturelle est pour les communautés de suivre un leadership solide plutôt que de prendre des décisions collectives. Ce genre de leadership concentré offre une possibilité limitée de participation à la prise de décision et à l'autonomisation communautaire. Les leaders locaux ont le pouvoir de mobiliser les membres de la communauté à entreprendre des activités de développement, mais souvent choisissent de ne pas le faire pour maintenir leur emprise au sein de la communauté.

Marilyn Taylor (1995), un chercheur de développement communautaire et activiste, examine les changements socioculturels qui sont intervenus en Afrique du Sud depuis et pendant l'apartheid et qui ont conduit à une augmentation de la violence chez les jeunes et l'activité criminelle, créant des conflits sociaux. La peur et la violence font encore partie de la vie quotidienne qui traumatise les individus, les

familles et les communautés (Taylor, 1995). La désintégration du tissu social du pays qui a fait suite à la violence de l'apartheid a eu un effet dévastateur sur les communautés et a créé une atmosphère qui n'a pas facilité l'autonomisation. La peur et le sentiment d'impuissance au sein d'une société peut créer une apathie envers la justice sociale. De manière pragmatique, nous considérons la justice sociale être l'accès équitable aux ressources et services permettant aux gens d'obtenir satisfaction sur les questions qui influent sur leur vie, sans pour autant empêcher d'autres gens d'obtenir une satisfaction similaire. Marilyn Taylor (1995) utilise le terme violence pour signifier plus que des actes d'agression d'une personne contre une autre personne et inclut les actes institutionnalisés d'oppression utilisés par le système de l'apartheid. Ces changements socioculturels ont créé des tensions entre les jeunes, la famille et la société, ont été aggravés par l'effondrement du système de l'éducation et des affaires sociales. Des projets de développement subséquents qui ont mis l'accent sur une définition étroite des mesures de la croissance économique ont davantage diminué le soutien à beaucoup de gens et le potentiel pour l'autonomisation communautaire.

Une approche d'autonomisation pour la promotion de la santé nécessite donc, à tout le moins, un contexte politique modérément démocratique, certaines ressources économiques et une culture qui s'oriente vers des formes non coercitifs et non patriarcales de leadership et d'organisation. Mais il nécessite aussi des bailleurs de fonds, une base organisationnelle et une orientation professionnelle qui, à la fois, comprend et s'engage à favoriser une pratique autonomisante.

L'influence du contexte organisationnel

Dans ce livre, nous soutenons que la promotion de la santé est une activité de bureaucratie réalisée par ou au sein des organisations gouvernementales ou des ONG financées par le gouvernement ou d'autres partenaires techniques et financiers. Ces organisations agissent à différents niveaux entre l'État et la société civile et entre les organismes officiels et la communauté.

Diverses études des gouvernements et des ONG qui ont embrassé les discours autonomisants de promotion de la santé trouvent que le concept d'autonomisation utilisé en politique et dans la pratique est souvent très différent et que malgré l'intention « d'autonomiser » les communautés, les organisations et leur personnel ont tendance à garder le contrôle de programmation (Grace, 1991 ; Turbyne, 1996). Les organisations restent enchaînées aux modes traditionnels de pensée et d'action des moyens qui sont bureaucratiques et qui inhibent l'intégration efficace des approches autonomisantes.

Mais les gouvernements et les administrations, au moins dans les pays démocratiques, ne sont pas des entités monolithiques. Non seulement il y a souvent des contradictions entre les politiques et les actions de différents organismes gouvernementaux, mais différents fonctionnaires et travailleurs dans les programmes avec des idées divergentes souvent existent et travaillent ensemble. Il y a des possibilités d'autonomisation potentielle au sein même de la plus large et la plus rigide des administrations. Pour profiter de ces occasions, la profession de promotion de la santé doit examiner la nature philosophique, le discours et l'idéologie et le contexte organisationnel (les relations de pouvoir, les structures et les procédures) des organismes à tous les niveaux.

Pour qu'il y ait un changement philosophique dans la pratique, les professionnels de promotion de la santé pourraient commencer par une renaissance de la « culture d'autonomisation ». Cela milite pour la participation et l'équité en santé et a été défendue par le « nouveau mouvement de promotion de la santé » dans les années 1980. Ces principes sont toujours aujourd'hui au centre de la promotion de la santé et ne devraient pas être perdus à cause des difficultés dans l'opérationnalisation du concept d'autonomisation communautaire. Les professionnels de promotion de la santé devraient être encouragés à penser, parler et écrire au sujet de la santé et des déterminants de la santé dans le contexte de l'autonomisation individuelle et communautaire. Cela doit se refléter dans le discours de la promotion de la santé : le langage, les discours, les valeurs et les idées et dans l'utilisation d'une idéologie émancipatrice qui est consciente en reliant les relations de pouvoir et les processus entre l'individu et la politique.

La promotion de la santé, telle que définie dans ce livre, traite de personnes et des communautés « là-bas » dans la société civile. Mais l'autonomisation doit également avoir lieu au sein de la profession, des professionnels de promotion de la santé et les organisations qui les emploient depuis les hauts niveaux politiques et de la planification vers le « bas » pour les gens qui travaillent à l'interface avec la communauté. C'est précisément ce type de question fondamentale qui doit être résolue si les professionnels de promotion de la santé doivent engager une approche autonomisante dans leurs pratiques. Les organismes de promotion de la santé doivent renforcer leurs capacités organisationnelles et renforcer les pratiques de gestion, les structures internes et l'engagement à poursuivre les approches d'autonomisation à tous les niveaux (international, les État, les ONG, et les organisations communautaires).

Pour y parvenir, les organisations devraient avoir une meilleure compréhension de la signification du pouvoir et de l'autonomisation communautaire et posséder des « outils » pratiques pour permettre aux communautés de transformer leurs besoins et leurs préoccupations identifiés en action. L'autonomisation communautaire comme un thème central de la promotion de la santé a existé depuis près de deux décennies, mais son application pratique demeure encore insaisissable. Sans les nécessaires « outils », la promotion de la santé risque de continuer d'utiliser le discours d'autonomisation et de participation parce qu'il lui permet d'être vue à engager la communauté mais ne prend pas la responsabilité d'aider activement les gens à saisir ou à accéder au pouvoir vers un changement social et politique.

L'autonomisation est habituellement théorisée comme un phénomène intersectoriel et à multiples facettes (individuel, organisationnel et communautaire), par conséquent, elle ne devait pas être limitée par des programmes verticaux ou des agences sectorielles spécialisées. Elle est transversale aux programmes et les moyens pour mettre en œuvre et mesurer les approches d'autonomisation peuvent être inclus dans les ressources de tous les secteurs. Les secteurs opérationnels discutés au chapitre 8 ont de la pertinence pour le travail de nombreux autres secteurs, y compris l'éducation, les soins de santé primaires et les moyens de subsistance durables pendant que les communautés s'organisent et se mobilisent vers un changement social et politique. Le processus de « suivi parallèle » et l'inclusion des objectifs de l'autonomisation ont le réel potentiel dans le cadre de la conception de nombreux types de programmes de promotion de la santé.

Cependant, les organisations de la promotion de la santé deviennent davantage liées aux objectifs de santé

économiques et quantifiables comme une conséquence des politiques nationales. Cela ne favorise pas l'innovation ou l'efficacité des programmes et peut limiter la plage des activités de promotion de la santé, y compris les approches bottom-up et d'autonomisation. Il est de plus en plus exigé des programmes de promotion de la santé de prouver leur rapport coût-efficacité et cela impose des exigences pour un niveau élevé de compétences et d'expérience de la part des gestionnaires de programmes. Des méthodes plus perfectionnées d'évaluation peuvent faire des autorités sanitaires des personnes moins disposées à transférer l'autorité aux membres de la communauté (moins expérimentés) dans des approches bottom-up. L'incitatif de nombreux bailleurs de fonds pour maintenir le pouvoir autoritaire de programmation est maintenant en partie une tentative leur permettant d'assurer leur propre reddition de compte financier et politique. Cela rend l'autonomisation un concept particulièrement difficile à mettre en œuvre et à mesurer, une approche sans attrait et pose la question : Comment les professionnels de promotion de la santé sans pouvoir (manque de financement, de compréhension et « d'outils » pratiques) peuvent-ils faciliter l'autonomisation communautaire ?

Le pouvoir à travers la promotion de la santé

Le pouvoir communautaire peut-il être gagné par le biais des pratiques de promotion de la santé ? Dans sa forme actuelle, dominée par la programmation top-down, les systèmes bureaucratiques et un fond de relations de pouvoir autoritaire et de restrictions budgétaires, il semble peu probable. Mais ce livre, dans un esprit d'optimisme qui se trouve dans la plupart des pratiques de promotion de la santé, a identifié plusieurs moyens pour parvenir à se rapprocher des objectifs de communautés plus autonomes.

Nous, en tant que professionnels de promotion de la santé, devons reconnaître que travailler de manière autonomisante est beaucoup plus une activité politique et peut avoir à utiliser des techniques de confrontation pour forcer les plus puissants à négocier les termes avec les moins puissants, mais de plus en plus autonomisés individus/communautés. Même au sein d'un contexte de programme, les approches d'autonomisation communautaire peuvent nécessiter des périodes de perturbation d'activité politique avant que les conditions de négociation soient possibles. Les structures du pouvoir autoritaire, de l'administration et d'autorité restent dominantes dans la pratique professionnelle et sont une partie du rôle de la promotion de la santé qu'elle doit s'efforcer de jouer pour contester cette situation.

En 1986, la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé a été écrite dans l'esprit des mouvements sociaux des années 1960 et 1970 et la pensée du développement communautaire et des activistes d'organisation communautaire comme Saul Alinsky et Paulo Freire. Alors que la plupart des professionnels de promotion de la santé seraient d'accord que l'esprit de la Charte d'Ottawa est toujours aussi pertinent aujourd'hui, ils seraient aussi d'accord que la profession n'a pas réussi à atteindre l'émancipation systématique des individus, des groupes et des communautés.

Ce livre a été écrit avec la conviction que les principes d'autonomisation communautaire restent au cœur des pratiques de promotion de santé et offre un nouveau regard sur comment, en tant que praticiens, nous pouvons être plus critiques pour savoir si notre travail est aussi autonomisant qu'il pourrait être. Cependant, il y a deux questions importantes nous pensons qui devraient être examinées par les professionnels de promotion de la santé avant de s'embarquer pour une pratique plus autonomisante :

1. Il y a un autre visage de l'autonomisation communautaire, celui qui est considéré comme négatif et associé à l'utilisation de la force et la violence pour atteindre des changements sociaux et politiques par le biais de la peur, de l'intimidation et de la coercition. C'est une réflexion que certaines personnes croient qu'il est préférable d'être autonome plutôt que d'être bon.

L'interprétation de l'autonomisation communautaire comme un processus le long d'un continuum dynamique partage les mêmes éléments pour les personnes impliquées dans des activités telles que le terrorisme, comme par exemple, les résidents agissant contre un dépotoir ou un chien pourrissant dans leur communauté. Les membres des groupes antisociaux peuvent avoir des opinions idéalistes, mais ils peuvent aussi être très motivés et partager des croyances et des préoccupations communes. Les membres qui forment des réseaux et groupes cohésifs, constituent une « communauté » qui, à leur avis, doit apporter des changements sociaux et politiques en leur faveur. Comment la société traitera ces « communautés » une fois qu'elles seront devenues autonomes ?

2. À l'heure actuelle, il existe une contradiction entre le discours et les pratiques dans la promotion de la santé : de nombreux professionnels de promotion de la santé continuent d'exercer un pouvoir autoritaire sur la communauté à travers des programmes « top-down » alors qu'en même temps utilisant le discours émancipateur de la Charte d'Ottawa. Dans ce livre, nous avons soutenu que cette contradiction se poursuit parce que souvent les professionnels de la promotion de la santé ont une compréhension superficielle des sens du pouvoir et de comment les

relations entre les différentes parties prenantes sont comprises et adéquatement suivies par la profession et les professionnels de la promotion de la santé manquent de clarté concernant les influences sur le processus d'autonomisation communautaire.

Le danger de cette contradiction est qu'elle présente une illusion de choix et peut agir pour masquer un plan des approches plus typiquement top-down, qui est de contraindre et de manipuler les gens à faire ce que nous voulons qu'ils fassent, même contre leur gré (le pouvoir autoritaire). La promotion de la santé devient une méthode de contrôle social et financier, tout le contraire de l'esprit de la Charte d'Ottawa. Les professionnels de promotion de la santé veulent-ils aider les gens ou changer les gens ?

Le monde a changé depuis la publication de la Charte d'Ottawa en 1986. Si la promotion de la santé et ses praticiens doivent être autonomisants pour le plus grand nombre de personnes dans les sociétés, en particulier les groupes marginalisés, ils doivent maintenant aussi soutenir et contribuer à bâtir des coalitions sociales diversifiées traitant des questions telles que la mondialisation, la fragmentation et la révolution de l'information (Tudor-Smith et Farley, 1997). Ces coalitions sont essentielles pour créer des politiques publiques qui réduisent au minimum, grâce à la redistribution et la réglementation, les effets désautonomisants de pratiques de plus en plus globalisées, politiques et économiques.

La promotion de la santé est maintenant une préoccupation mondiale et la collaboration pour une meilleure santé implique des stratégies qui traversent différentes nations, les organisations internationales et les multinationales. Par exemple, une réduction des ventes de tabac dans un pays

peut avoir de graves implications économiques et donc de santé dans un autre pays.

Premièrement, les professionnels de promotion de la santé devraient reconnaître que cette tâche n'est pas simplement au sujet de leur vie professionnelle. Il s'agit aussi de leur vie comme des citoyens :

1. environnemental : voyager moins, avoir une alimentation moins intensive en carbone, consommer moins, vivre plus localement, être préparé à davantage de changement climatique/de réfugiés écologiques ;
2. économique : partager les richesses — se levez pour les vertus de la justice fiscale, la régulation des corporations, les cycles de production/consommation locale chaque fois que c'est possible et les politiques nationales étrangères qui visent l'équité mondiale croissante plutôt que la compétitivité mercantile ;
3. social : lutter contre le potentiel pour le racisme local pendant que les mouvements planétaires de personnes s'accroissent (qu'elles soient alimentées par leur désir de participer à des opportunités croissantes du monde riche sur l'offre globale ; ou des nécessités politiques, économiques et écologiques).

En second lieu, ces actions peuvent s'étendre à nos vies professionnelles. Les communautés devront être autonomisées pour répondre à leurs préoccupations mondiales de rendre les gens conscients de leurs propres responsabilités, puis en les aidant à entreprendre les actions nécessaires pour influencer les politiques internationales. Il est important de poursuivre les travaux d'une manière autonomisante selon que nous l'avons identifiée dans ce

livre dans notre travail quotidien en tant que professionnels de promotion de la santé.

Troisièmement, la plupart des pratiques globalisées qui nuisent à l'équité en santé sont des produits des décisions des nations prises individuellement. À cette fin, les professionnels de promotion de la santé peuvent devenir plus actifs par le biais de leurs organisations professionnelles ou autres groupes de la société civile pour faire pression sur leurs gouvernements à adopter des positions de politique internationale afin d'accroître l'équité en santé (Labonté et Laverack, 2008).

Sigles

AC	Action communautaire
ASAP	Programme de prévention d'abus de substances et d'alcool
ASC	Agent de santé communautaire
ASS	Afrique Sub-Saharienne
CDC	Centre de Control de la Maladie
CESAF	Centre of Excellence for Women's Health - Université de Montréal Consortium (CESAF)
CFA	Communauté financière africaine
COGEC	Comité de gestion de Commune et de Sous-préfecture
COGES	Comité de gestion de Sous-préfecture
COMMIT	Community Intervention Trials for Smoking Cessation
COMMIT	Essais d'intervention communautaire pour la cessation du tabagisme
CSD	Centre de santé de district
CSR	Colonial Sugar Refining
CTA	Thérapie combinée d'artémisinine
HMM	Prise en charge domiciliaire précoce du paludisme
IB	Initiative de Bamako
IEC	Information, éducation et communication
IITA	Institut International d'Agriculture Tropicale
IRYN	Initiative Rurale de Yorkshire du Nord
MIILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide de longue durée d'action
MRFIT	Multiple Risk Factors Intervention Trial
MRFIT	Projets pilotes d'intervention sur les multiples facteurs de risque
MS	Ministère de la santé
NYCHPRU	The Health Promotion and the Elderly Working Group of the North York Community Health Promotion Research Unit
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies

PATCH	Action planifiée pour la santé communautaire
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
QALY	Quality-adjusted life year
RWCDT	Les résidents de Werribee contre les déchets toxiques
SADD	Mouvement des étudiants contre la conduite sous influence de l'alcool/drogue
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SLLPC	Sustainable Livelihoods for Livestock Producing Communities Project
SMI	Santé maternelle et infantile
SSP	Soins de santé primaires
TNMS	Théorie du nouveau mouvement social
TSOP	Projet d'organisation des personnes âgées de Tenderloin
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Bibliographie

Abbott, J. (1995) "Community participation and its relationship to Community Development." Community Development Journal 30(2): 158-168.

Abdulla, S., Gemperli, A., Mukasa, O., Armstrong Schellenberg, J. R. M., Lengeler, C., Vounatsou, P., et al. (2005) Spatial effects of the social marketing of insecticide-treated nets on malaria morbidity. Tropical Medicine and International Health, 10(1), 11–18.

Adams, L. Amos, M. and Munro, J. (Eds) (2002) Promoting health. Politics and practice. London. SAGE publications Ltd.

Adams, R. N. (1977) "Power in human societies: a synthesis" in Fogelson, R. D. and Adams, R. N. (eds.) (1977) The anthropology of power: ethnographic studies from Asia, Oceania, and the New World. New York: Academic Press. 387-410.

Adongo, P. B., Kikwood, B. and Kendall, C. (2005) How local community knowledge about malaria affects insecticide-treated net use in northern Ghana. Tropical Medicine and International Health, 10(4), 366-378.

Aggleton, P. (1991) Health. London: Routledge.

Agyris, C. (1998) L'empowerment, ou les habits neufs de l'empereur, L'Expansion Management Review, 90, 25-30.

Ahorlu, C. K., Koram, K. D., Ahorlu, C., de Savigny, D. and Weiss, M. G. (2006) Socio-cultural determinants of treatment delay for childhood malaria in southern Ghana. Tropical Medicine and International Health, 11(7), 1022-1031.

Ahuja, K. (1994) "Mobilization of rural women through voluntary efforts-a case study." Studies in Third World Societies 51: 1-10.

Airhihenbuwa, C. O. (1994) "Health Promotion and the Discourse on Culture: Implications for Empowerment." Health Education Quarterly 21(3): 345-353.

Albert, J. (1992) "If we don't do it, it won't get done: a case study from Nicaragua." International Social Work 35(2): 229-241.

Alilio, M. S., Kitua, A., Njunwa, K., Medina, M., Rønn, A. M., Mhina, J., et al. (2004) Malaria control at the district level in Africa: the case of the Muheza district in north-eastern Tanzania. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 71(Suppl 2), 205–213.

Alinsky, S. D. (1969) Reveille for Radicals. New York: Vintage Books.

Alinsky, S. D. (1972) Rules For Radicals. A practical primer for realistic radicals. New York: Vintage Books.

Anderson, J.M. (1991) Immigrant women speak of chronic Illness : the social construction of the devalued self. Journal of Advanced Nursing. 16. p. 710-717.

Angelique, H.L., Reischl, T.M. and Davidson, W.S. (2002) Promoting Political Empowerment: Evaluation of an Interview With University Students. American Journal of Community Psychology, 30 (6), 815-834.

Arnstein, S. R. (1969) "A Ladder of Citizen Participation." Journal of the American Institute of Planners (July): 216-223.

Arole, R., Fuller, B. and Deutschmann, P. (2004) Improving community capacity. In: R. Moodie, & A. Hulme (Eds.), Hands-on health promotion (pp. 130-145). Melbourne: IP Communications.

Asthana, S. (1994) "Community participation in health and development" in Phillips, D. and Verhasselt, Y. (eds.) Health and Development. London: Routledge. 182-196.

Augoyard, P. and Renaud, L. (1998) Le concept d' « empowerment » et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. Promotion & Education vol. V, no. 2, pp. 28-35.

Auslander, G. (1988) “Social Networks and the Functional Health Status of the Poor: A Secondary Analysis of Data from the National Survey of Personal Health Practices and Consequences,” Journal of Community Health 13(4).

Baistow, K. (1995) "Liberation and regulation? Some paradoxes of empowerment." Critical Social Policy (42): 34-46.

Bakhteari, Q. A. (1988) "Building on Traditional Patterns for Women Empowerment at Grassroots Level." Development (4): 55-60.

Barat, L. M., Palmer, N., Basu, S., Worrall, E., Hanson, K. and Mills A. (2004) Do malaria control interventions reach the poor? A view through the equity lens. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 71(Suppl 2), 174–178.

Barr, A. (1995) "Empowering communities-beyond fashionable rhetoric? Some reflections on Scottish experience." Community Development Journal 30(2): 121-132.

Barrig, M. (1990) "Women and Development in Peru: Old Models, New Actors." Community Development Journal 25(4): 377-385.

Baum, F. (1990) "The new public health: force for change or reaction?" Health Promotion International 5(2): 145-150.

Baum, F. (1995) "Researching Public Health: Behind the Qualitative-Quantitative Methodological Debate." Social Science Medicine 40(4): 459-468.

Baume, C. (2002a) Comparing care-seeking for childhood malaria: lessons from Zambia and Kenya. Arlington, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia.

Baume, C. (2002b) A Guide to Research on Care-seeking for Childhood Malaria. Published by the Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project and the Basic Support for Institutionalizing Child Survival

Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development. Arlington, Virginia.
Bell, C. and Newby, H. (1978) Community Studies. London: George Allen & Unwin.
Bell-Woodard, G. (2002) 'The development of a community active living initiative: Saskatoon in motion'. Community Alliances for Health Research (CAHR) in motion. University of Saskatoon, Saskatoon, Canada.
Berger, P. and Neuhaus, R. (1977) To empower people. The role of mediating structures in public policy. Studies in political and social processes. Washington: American Enterprise Institute for Public Policy Research.
Berkeley, N. Goodall, G. Noon, D. and Collis, C. (1995) "Involving the community in plan preparation." Community Development Journal 30(2): 189-199.
Berkman, L., (1986) "Social networks, support and health: taking the next step forward," American Journal of Epidemiology, 123: 559-61.
Bernstein, E. Wallerstein, N. Braithwaite, R. Gutierrez, L. Labonté, R. and Zimmerman, M. (1994) "Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members." Health Education Quarterly 21(3): 281-294.
Bjaras, G. Haglund, B. J. A. and Rifkin, S. B. (1991) "A new approach to community participation assessment." Health Promotion International 6(3): 199-206.
Blaxter, M. (1990) Health and Lifestyles, New York: Routledge.
Bloor, M. and McIntosh, J. (1990) Surveillance and concealment, in Cunningham-Burley, S. and McKeganey, N. P. (eds) Readings in Medical Sociology. New York. Tavistock/Routledge.
Bopp, M, Germann, K, Bopp, J, Littlejohns, L B & Smith, N (1999) Assessing Community Capacity for Change. Calgary, Four Worlds Development.

Boutlier, M. (1993) The Effectiveness of Community Action in Health Promotion: A Research Perspective. Toronto. University of Toronto. ParticiACTION. 3.

Boyte, H. (1989) Common Wealth: A return to citizen politics. New York: Free Press.

Bracht, N. and Tsouros, A. (1990) "Principles and strategies of effective community participation." Health Promotion International 5(3): 199-208.

Braddy, B. A. Orenstein, D. Brownstein, J. N. and Cook, T. J. (1992) "PATCH: An Example of Community Empowerment for Health." Journal of Health Education 23(3): 179-182.

Braithwaite, R. L. Bianchi, C. and Taylor, S. E. (1994) "Ethnographic Approach to Community Organisation and Health Empowerment." Health Empowerment 21(3): 407-416.

Breman, J. G., Alilio, M. S. and Mills, A. (2004) Conquering the intolerable burden of malaria: what's new, what's needed: a summary. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 71(Suppl2), 1-15.

Britten, N. (1995) "Qualitative interviews in medical research." British Medical Journal 311: 251-253.

Brown, D. (1991) "Methodological considerations in the evaluation of social development programmes-an alternative approach." Community Development Journal 26(4): 259-265.

Bryce, J., Boschi-Pinto, C., Shibuya, K., Black, R. E. and the WHO Child Health Epidemiology Reference Group (2005) WHO estimates of the causes of death in children Lancet vol. 365, no. 9465, pp. 1147–52.

Bryce, J., Terreri, N., Victora, C. G., Mason, E., Daelmans, B., Bhutta, Z. A., et al. (2006) Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. Lancet, 368, 1067–1076.

Bryman, A. (1992) Quantity and quality in social research. London: Routledge.

Burgess, R. G. (1982) Field research: A source book and field manual. London: Allen & Unwin.
Burgess, R. G. (1984) In the field. An introduction to field research. London: George Allen and Unwin.
Butler, D. (2007) Poor follow-up hampers malaria projects. Nature, 450, 144-145.
Butterfoss, F. D. Goodman, R. M. and Wandersman, A. (1996) "Community Coalitions for Prevention and Health Promotion: Factors Predicting Satisfaction, Participation and Planning." Health Education Quarterly 23(1): 65-79.
Byham, W. (1996) L'empowerment, défense et illustration, L'Expansion Management Review, 80, 70-78.
Campbell, P. (2007) Millennium development holes. Nature, 446(7134), 347.
Canadian Public Health Association (1996) "Action Statement for Health Promotion in Canada" available at http://www.cpha.ca. 29.05.98.
Carey, P. (2000) Community health and empowerment, in Kerr, J. (ed) (2000) Community health promotion. Challenges for practice. London. Bailliere Tindall.
Christian, J. (1993) "Community: An Indian perspective." Together (July-September): 6-7.
CIDA (1996) A Project Level Handbook. The why and how of Gender Sensitive Indicators. Hull, Quebec: CIDA.
Clark, J. (1991) Democratizing Development. The role of voluntary organizations. West Hartford: Kumarian Press.
Clark, N. M. Baker, E. A. Chawla, A. and Maru, M. (1993) "Sustaining collaborative problem solving: strategies from a study in six Asian countries." Health Education Research. Theory & Practice 8(3): 385-402.
Cohen, D.R. and Henderson, J. B. (1991) Health, Prevention and Economics. Oxford. Oxford University Press.
Cohen, J. (1985) "Strategy or identity: new theoretical paradigms and contemporary social movements." Social research 52(4): 663-716.

Cohen, S. and Syme, L. (eds.) (1985) Social Support and Health, Toronto: Academic Press.

Conger, J. and Kanungo, R. (1988) "The Empowerment Process: Integrating Theory and Practice." Academy of Management Review 13(3): 471-482.

Constantino-David, K. (1995) "Community Organising in the Philippines: The Experience of Development NGOs" in Craig, G. and Mayo, M. (eds.) (1995) A reader in participation and development. London: Zed books. 154-167.

Cooke, B. and Kothari, U. (eds) (2001) The case for participation as tyranny. London. Zed Books Ltd.

Cracknell, B. E. (1996) "Evaluating Development Aid." Evaluation 2(1): 23-33.

Craig, G. and Mayo, M. (eds.) (1995) Community Empowerment. A Reader in Participation and Development. London: Zed Books.

Dahlgren, G., and Whitehead, M. (1992) Policies and Strategies to Promote Equity in Health Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Dines, A. and Cribb, A. (Eds) (1993) Health promotion. Concepts and practice. Oxford. Blackwell Science Ltd.

Downie, R. S., Tannahill, C. and Tannahill, A. (1996) Health promotion. Models and values. Oxford. Oxford University Press (second edition).

Dufort, F. and Guay, J. (Eds.) (2001) Agir au Cœur des communautés: La psychologie communautaire et le changement social. Québec: Les Presses de l'Université Laval.

Duignan, P. Casswell, S. Chapman, P. Barnes, H. Allan, B. and Conway, K. (2001) Background report on the draft project indicators framework. Public Health Policy Group. Wellington. New Zealand.

Durning, A. B. (1989) Action at the grassroots: Fighting poverty and environmental decline. Worldwatch. 88.

Ehrenreich, J. (ed.) (1978) The Cultural Crisis of Modern Medicine. New York: Monthly Review press.

Eisen, A. (1994) "Survey of Neighbourhood-Based, Comprehensive Community Empowerment Initiatives." Health Education Quarterly 21(2): 235-252.

Eng, E. and Parker, E. (1994) "Measuring Community Competence in the Mississippi Delta: The Interface between Programme Evaluation and Empowerment." Health Education Quarterly 21(2): 199-220.

Eng, E. Salmon, M. E. and Mullan, F. (1992) "Community empowerment: The critical base for primary health care." Family Community Health 15(1): 1-12.

Erzinger, S. (1994) "Empowerment in Spanish: Words Can Get in the Way." Health Education Quarterly 21(3): 417-419.

Evans, R., Barer, M. and Marmor, T. (eds.) (1994) Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of the Health of Populations, New York: Aldine de Gruyter.

Evans, R.D. and Stoddart, G.L. (1990) “Producing health, consuming health care,” Social Science and Medicine 31(12):1347-63.

Everson, S. A. Lynch, J. W. Chesney, M. A. Kaplan, G. A. Goldberg, D. E. Shade, S. B. Cohen, R. D. Salonen, R. and Salonen, J. T. (1997) "Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population based study." British Medical Journal 314: 553-558.

Ewles, L. and Simnett, I. (1999) Promoting health. A practical guide. London. Bailliere Tindall (4th Edition).

Eyerman, R. and Jamison, A. (1991) Social movements. A cognitive approach. Cambridge: Polity Press.

Fahlberg, L. L. Poulin, A. L. Girdano, D. A. and Dusek, D. E. (1991) "Empowerment as an Emerging Approach in Health Education." Journal of Health Education 22(3): 185-193.

Farrant, W. (1991) "Addressing the Contradictions. Health Promotion and Community Health in Action in the UK." International Journal of Health Services 21(3): 423-439.

Fawcett, S. B. Paine-Andrews, A. Francisco, V. T. Schultz, J. A. Richter, K. P. Lewis, R. K. Williams, E. L. Harris, K. J. Berkley, J. Y. Fisher, J. L. and Lopez, C. M. (1995) "Using Empowerment Theory in Collaborative Partnerships for Community Health and Development." American Journal of Community Psychology 23(5): 677-697.

Feather, J. and Labonté, R. (1995) Sharing knowledge from Health Promotion practice. Saskatoon. University of Saskatchewan, Praire Region Health Promotion Research Centre.

Fetterman, D. M. Kaftarian, S. J. and Wandersman, A. (eds.) (1996) Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability. California: SAGE publications.

Finsterbusch, K. Ingersoll, J. and Llewellyn, L. (1990) Methods for social analysis in developing countries. Social impact assessment series No. 17. Boulder, Colorado: Westview Press.

Fisher, S. L. (ed.) (1993) Fighting back in Appalachia. Traditions of resistance and change. Philadelphia: Temple University Press.

Flick, L. H. Reese, C. G. Rogers, G. Fletcher, P. and Sonn, J. (1994) "Building Community for Health: Lessons from a Seven-Year-Old Neighborhood/University Partnership." Health Education Quarterly 21(3): 369-380.

Flynn, B. C. Ray, D. W. and Rider, M. S. (1994) "Empowering Communities: Action Research through Healthy Cities." Health Education Quarterly 21(3): 395-405.

Foucault, M. (1979) Discipline and punishment: The birth of the prison. Peregrine books. Middlesex.

Fournier, P., Potvin, L. and Kaddar, M. (1995) Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. La participation communautaire : une réponse à un double échec ? Sci Soc Santé, 13 :39-64.

Francisco, V. T. Paine, A. L. and Fawcett, S. B. (1993) "A methodology for monitoring and evaluating community health coalitions." Health Education Research. Theory & Practice 8(3): 403-416.

Frank, F. & Smith, A. (2000). Guide du partenariat. Hull (Québec).

Freire, P. (1973) Education for critical consciousness. New York: Seabury Press.

Freire, P. (1994) Pedagogy of Hope: Reliving Pedagogy of the Oppressed. New York: Continuum.

Freudenburg, N. (1997) Health Promotion in the city. Atlanta. Centres for Disease Control and Prevention.

Friedmann, J. (1992) Empowerment: the politics of alternative development. Oxford: Blackwell Publishers.

Gajanayake, S. and Gajanayake, J. (1993) Community empowerment. A participatory training manual on community project development. NY: PACT publications.

Garner, P. & Graves, P. M. (2005). The benefits of Artemisinin Combination Therapy for malaria extend beyond the individual patient. PloS Medicine vol. 2, no. 4, pp. 287-288.

Geyer, S. (1997) "Some conceptual considerations on the sense of coherence." Social Science Medicine 44(12): 1771-1779.

Gibbon, M (1999) Meetings with meaning: health dynamics in rural Nepal, unpublished PhD thesis, South Bank University, London.

Gibbon, M. Labonté, R. Laverack, G. (2002) “Evaluating Community Capacity”. Health and Social Care in the Community, 10 (6) 485-491.

Gibson, C.H. (1991) A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced Nursing, 16, 354-361.

Giddens, A. (1984) The Constitution of Society, Berkeley: University of California Press.

Githumbi, S. (1993) "Community: An African perspective." Together (July-September): 6-7.

Glanz, K. Marcus-Lewis, F. and Rimer, B. (1990) Health behaviour and health education. Theory, research and practice. Oxford: Jossey-Bass Publishers.

Goodman, R. M. Speers, M. A. McLeroy, K. Fawcett, S. Kegler, M. Parker, E. Rathgeb Smith, S. Sterling, T. D. and Wallerstein, N. (1998) "Identifying and Defining the Dimensions of Community Capacity to Provide a Basis for Measurement." Health Education & Behavior 25(3): 258-278.

Gordon, G. (1995) "Participation, Empowerment and Sexual Health in Africa" in Craig, G. and Mayo, M. (eds.) (1995) Community Empowerment. A Reader in Participation and Development. London: Zed Books. 181-193.

Gordon, G. (2002) Le guide du plaidoyer : bien comprendre un plaidoyer. Collection « ressources roots » n°1, Editions Tearfund, Teddington.

Grace, V. M. (1991) "The Marketing of Empowerment and the Construction of the Health Consumer: A Critique of Health Promotion." International Journal of Health Services 21(2): 329-343.

Gray, B. (1989) "Collaborating: Finding common ground for multiparty problems". San Francisco: Jossey-Bass.

Green, A. and Matthias, A. (1996) "How should governments view nongovernmental organizations?" World Health Forum 17: 42-45.

Green, L. and Kreuter, M. (1991) Health Promotion planning. An educational and environmental approach. Toronto: Mayfield Publishing Company.

Green, L. W. George, M. A. Daniel, M. Frankish, C. J. Herbert, C. J. Bowie, W. R. and O'Neill, M. (1995) Study of participatory research in Health Promotion. Vancouver. Royal Society of Canada.

Greenwood, B. M., Bojang, K., Whitty, C. J. M. and Targett, G. A. (2005) Malaria. Lancet, 365, 1487–1498.

Gruber, J. and Trickett, E. J. (1987) "Can We Empower Others? The Paradox of Empowerment in the Governing of an Alternative Public School." American Journal of Community Psychology 15(3): 353-372.

Guzzo, R. A. Yost, P. R. Campbell, R. J. and Shea, G. P. (1993) "Potency in groups: Articulating a construct." British Journal of Social Psychology 32: 87-106.

Hancock, T. Labonté, R. Edwards, R. (1999) "Indicators that count: Measuring population health at the community level". Canadian Journal of Public Health. S22-S26.

Hatfield, A. (1998) Working together to reduce suicide in the farming community in North Yorkshire. In Scriven, A. (ed) (1998) Alliances in health promotion. Theory and practice. London. MacMillan Press Ltd. 132-142.

Hawe, P, King, L, Noort, M, Jordens, C & Lloyd, B (2000) Indicators to help with capacity building in health promotion (Sydney, Australian Centre for Health Promotion/NSW Health).

Hawe, P. (1994) "Capturing the meaning of "community" in community intervention evaluation. Some contributions from community psychology." Health Promotion International 9(3): 199-210.

Hayes, B. E. (1994) "How to Measure Empowerment." Quality Progress February: 41-46.

Haynes, A. W. and Singh, R. N. (1993) "Helping Families in Developing Countries: A Model Based on Family Empowerment and Social Justice." Social Development Issues 15(1): 27-37.

Helman, C. G. (2007) Culture, Health and illness. Fifth Edition, London: Hodder Arnold.

Hildebrandt, E. (1996) "Building Community Participation in Health Care: A Model and Example from South Africa." Image: Journal of Nursing Scholarship 28(2): 155-159.

Hindess, B. (1996) Discourses of power: From Hobbes to Foucault. UK: Blackwell Publishers.

Hope, A. and Timmel, S. (1988) "Training for Transformation." Contact 106 (December): 4-7.

Houéto, D. (2007) Prévention et traitement du paludisme de l'enfant au Bénin : Empowerment communautaire et participation des parents. Thèse de Doctorat en Santé Publique, option promotion de la santé, Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.

Houéto, D. and Deccache, A. (2008) Child malaria in Sub-Saharan Africa: Effective control and prevention require a health promotion approach. The International Quarterly of Community Health Education, 28(1): 51-62.

Houéto, D., D'Hoore, W., Ouendo, E. M. and Deccache A. (2007a) Fièvre chez l'enfant en zone d'endémie palustre au Bénin : analyse qualitative des facteurs associés au recours aux soins. Sante publique, 19: 1-10.

Houéto, D., d'Hoore, W., Ouendo, E.-M., Charlier, D. and Deccache, A. (2007b) Malaria control among children under five in sub-Saharan Africa: The role of empowerment and parents' participation besides the clinical strategies. Rural and Remote Health, 7(4), 840. Available from: http://www.rrh.org.au.

Huberman, A. M. and Miles, M. B. (1994) "Data Management and Analysis Methods" in Denzin, N. K. and Lincoln, Y. S. (eds.) Handbook of qualitative research. California: Sage Publications. 428-444.

Hyndman, B. (1998) Health Promotion Action: What works? What needs to be changed? Toronto: Centre for Health Promotion.

IRED (1997) People's Empowerment. Grassroots Experiences in Africa, Asia and Latin America. Rome. IRED-NORD.

Israel, B. A. (1985) "Social Networks and Social Support: Implications for Natural Helper and Community Level Interventions." Health Education Quarterly 12(1): 65-80.

Israel, B. A. Checkoway, B. Schultz, A. and Zimmerman, M. (1994) "Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organisational and Community Control." Health Education Quarterly 21(2): 149-170.

Israel, B. A. Cummings, K. M. Dignan, M. B. Heaney, C. A. Perales, D. P. Simons-Morton, B. G. and Zimmerman, M. A. (1995) "Evaluation of Health Education Programs: Current Assessment and Future Directions." Health Education Quarterly 22(3): 364-389.

Jackson, T. Mitchell, S. and Wright, M. (1989) "The Community Development Continuum." Community Health Studies 8(1): 66-73.

Jayaweera, S. (1997) "Women, Education and Empowerment in Asia." Gender and Education 9(4): 411-423.

Jeffery, B. (2001) 'First Nation's Health Development: Tools for assessment of health and social service program impacts on community wellness and capacity'. University of Regina, Saskatoon, Canada.

Jones, A. (2002) "Sustainable Livelihoods for Livestock Producing Communities in the Kyrgyz Republic". Progress report. SLLPC. Bishkek. Kyrgyz.

Jones, C. O. H. (2006) Hitting malaria where it hurts: household and community responses in Africa. Id21 insights health, 9, 1-2.

Jones, C. O. H. and Williams, H. A. (2004) The social burden of malaria: what are we measuring? American Journal of Tropical Medicine and Hygiene vol. 71, Suppl. 2, pp. 156–161.

Jones, L. and Sidell, M. (eds) (1997) The challenge of promoting health. Exploration and action. London. MacMillan Press Ltd.

Jorgensen, D. L. (1989) Participant observation. A methodology for human studies. London: Sage Publications.

Kalyalya, D. (ed.) (1988) Aid and Development in Southern Africa. New Jersey: Africa World Press.

Kamat, V. R. (2006) Seeking treatment for childhood fevers in Tanzania. Id21 insights health, 9, 4.

Kar, S. B., Pascual, C. A. and Chickering, K. L. (1999) Empowerment of women for health promotion: a meta-analysis. Social Science and Medicine vol. 49, no. 11, pp. 1431-1460.

Katz, R. (1984) "Empowerment and Synergy: Expanding the Community's Healing Resources" in Rappaport, J. (eds.) (1984) Studies in empowerment: steps toward understanding and action. NY: Haworth Press. 201-226.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K. and Prothrow-Stith, D. (1997) Social capital, income equality and mortality. American Journal of Public Health. 87: 1491-8.

Kegler, M. C. Steckler, A. Herndon Malek, S. and McLeroy, K. (1998) "A multiple case study of implementation in 10 local project ASSIST coalitions in North Carolina." Health Education Research. Theory & Practice 13(2): 225-238.

Keiser, J., Utzinger, J., Caldas de Castro, M., Smith, T. A., Tanner, M. and Singer, B. H (2004) Urbanization in sub-Saharan Africa and implication for malaria control. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 71(Suppl 2), 118–127.

Kelly, K. and Van Vlaenderen, H. (1996) "Dynamics of Participation in a Community Health Project." Social Science Medicine 24(9): 1235-1246.

Kidane, G. and Morrow, R. H. (2000) Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomized trial. Lancet, 356(9229), 550–555.

Kieffer, C. H. (1984) "Citizen Empowerment: A Development Perspective." Prevention in Human Services 3: 9-36.

Kilian, A. (1988) "Conscientisation: An Empowering, Nonformal Education Approach for Community Health Workers." Community Health Journal 23(2): 117-123.

Kitzinger, J. (1995) "Introducing focus groups." British Medical Journal 311: 299-302.

Knox, C. and Hughes, J. (1994) "Policy Evaluation in Community Development: Some Methodological Considerations." Community Development Journal 29(3): 239-250.

Korsching, P. F. and Borich, T. O. (1997) "Facilitating Cluster Communities: Lessons From the Iowa Experience." Community Development Journal 32(4): 342-353.

Kretzmann, J. and McKnight, J. (1993) "Building communities from the inside out". Evanston: Northwestern University Press.

Kroeker, C. (1995) "Individual, Organizational and Societal Empowerment. A Study of the Processes in a Nicaraguan Agricultural Cooperative." American Journal of Community Psycology 23(5): 749-764.

Kroutil, L. A. and Eng, E. (1989) "Conceptualising and assessing potential for community participation: a planning method." Health Education Research. Theory and Practice 4(3): 305-319.

Kumpfer, K. Turner, C. Hopkins, R. and Librett, J. (1993) "Leadership and team effectiveness in community coalitions for the prevention of alcohol and other drug abuse." Health Education Research. Theory and Practice 8(3): 359-374.

Labonté, R. (1989) "Healthy public policy: a survey of Ontario health professionals," International Quarterly of Community Health Education, 9(4): 321-42.

Labonté, R. (1990) "Empowerment: Notes on Professional and Community Dimensions." Canadian Review of Social Policy (26): 64-75.

Labonté, R. (1992) "Heart health inequalities in Canada : Models, theory and planning." Health Promotion International 7(2): 119-128.

Labonté, R. (1993) Health Promotion and Empowerment: Practice Frameworks. Toronto. University of Toronto. ParticipACTION. 3.

Labonté, R. (1994) "Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice." Health Education Quarterly 21(2): 253-268.

Labonté, R. (1996) Community Development in the Public Health Sector: The Possibilities of an Empowering Relationship Between the State and Civil Society. Toronto: York University. PhD.

Labonté, R. (1998) A Community Development Approach to Health Promotion: A Background Paper on Practice Tensions, Strategic Models and Accountability Requirements for Health Authority Work on the Broad Determinants of Health. Edinburgh. Health Education Board for Scotland.

Labonté, R. and Edwards, R. (1995) Equity in Action: Supporting the Public in Public Policy, Centre for Health Promotion/Participaction.

Labonté, R. and Robertson, A. (1996) "Delivering the Goods, Showing Our Stuff: The Case for a Constructivist Paradigm for Health Promotion and Research." Health Education Quarterly 23(4): 431-447.

Labonté, R., Bell-Woodard, G., Chad, K. and Laverack, G. (2002) “Community capacity building: From means to program end, to end from program means”. Canadian Journal of Public Health. 93(3): 181-2.

Lalonde, M. (1974) A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa. Department of Health and Welfare Canada.

Lapeyre, L. (2006) Objectifs du Millénaire pour le développement : outils de développement ou cheval de Troie des politiques néolibérales ? Alternatives Sud, 13-2006 (1), 9-26.

Lasher, H. (2001) Plaidoyer en faveur de la vaccination : Comment susciter et maintenir un soutien en faveur des programmes de vaccination ? PATH, Seattle, USA.

Laverack, G. (1998) " The concept of empowerment in a traditional Fijian context". Journal of Community Health and Clinical Medicine for the Pacific 5(1):26-29.

Laverack, G. (1999) Addressing the contradiction between discourse and practice in health promotion, unpublished PhD thesis, Deakin University, Melbourne.

Laverack, G. (2001) 'An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment'. Community Development Journal. 36 (2): 40-52.

Laverack, G. (2003) "Building Capable Communities: Experiences in a rural Fijian context". Health Promotion International. 18(2). 99-106.

Laverack, G. and Labonté, R. (2000) A planning framework for the accommodation of community empowerment goals within health promotion programming, Health Policy and Planning. 15 (3): 255-262.

Laverack, G. and Wallerstein, N. (2001) Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. Health Promotional International. 16 (2): 179-185.

Leach, F. (1994) "Expatriates as Agents of Cross-Cultural Transmission." Compare 24(3): 217-231.

Lee, J. A. B. (2001) The Empowerment Approach to Social Work Practice. Building the Beloved Community. New York: Columbia University Press. Second Edition.

Lengeler, C. (2005) Insecticide-treated bed-nets and curtains for preventing malaria. Cochrane Database System Review CD000363.

Leonard, B. and Leonard, S. (1991) DUVATA. Management and planning in Fiji. The Ministry of Fijian Affairs. Suva. Hanns Seidel Foundation.

Lerner, M. (1986) Surplus Powerlessness. Oakland: The Institute for Labour and Mental Health.

LeVeen, D. (1983) "Organisation or Disruption? Strategic options for marginal groups: The case of the Chicago Indian village" in Freeman, J. (eds.) (1983) Social movements of the sixties and seventies. New York: Longman. 211-234.

Lévesque, J. (Coordination) (2002) La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Institut National de Santé Publique de Québec, Montréal.

Lindblade, K. A., Eisele, T. P., Gimnig, J. E., Alaii, J. A., Odhiambo, F., ter Kuile, F. O. et al. (2004) Sustainability of reductions in malaria transmission and infant mortality in western Kenya with use of insecticide-treated bednets: 4 to 6 years of follow-up. JAMA vol. 291, no. 21, pp. 2571-2580.

Lindbladh, E. and Hanson, B. S. (1993) "A critical analysis of different leadership approaches to community health work in Kirseberg, Sweden." Health Promotion International 8(4): 291-297.

Linden, K. (1994) "Health and Empowerment." The Journal of Applied Social Sciences 18(1): 33-40.

Lord, J. and Hutchison, P. (1993) The Process of Empowerment: Implication for Theory and Practice. Canadian Journal of Community Mental Health. 12 (1), 5-22.

MaCallan, L. and Narayan, V. (1994) "Keeping the heart beat in Grampian-a case study in community participation

and ownership." Health Promotion International 9(1): 13-19.

Macdonald, G. Veen, C. and Tones, K. (1996) "Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement." Health Education Research. Theory & Practice 11(3): 367-376.

Macleod, M., Graham, G., Johnston,, M., Dibben, C. and Briscoe, S. (1999) A comparison a day keeps the doctor away…or does it? Health Variations, (5): 10-11.

Mailbach, E. and Murphy, D. A. (1995) "Self-efficacy in health promotion research and practice: conceptualization and measurement." Health Education Research. Theory and Practice 10(1): 37-50.

Malaney, P., Spielman, A. and Sachs J. (2004) The malaria gap. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 71(Suppl 2), 141–146.

Manderson, L. (1998) Applying medical anthropology in the control of infectious disease. Tropical Medicine and International Health vol. 3, no.12, pp. 1020–1027.

Marsden, D. Oakley, P. and Pratt, B. (1994) Measuring the process: Guidelines for evaluating social development. Oxford: INTRAC.

Marsh, V. M., Mutemi, W. M., Willetts, A., Bayah, K., Were, S., Ross, A., et al. (2004) Improving malaria home treatment by training drug retailers in rural Kenya. Tropical Medicine and International Health, 9(4), 451-460.

Martin, M. (1994) "Power and difference in participatory research: A reflection on process" in de Koorie, K. (eds.) (1994) The proceedings of an international symposium of participatory research in health promotion. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine. 116-119.

Maton, K. and Salem, D. (1995) "Organizational Characteristics of Empowering Community Settings: A Multiple Case Study Approach." American Journal of Community Psychology 23(5): 631-656.

Mattesich, P. and Monsey, B. (1997) Community building: what makes it work: a review of factors influencing successful community building. Amherst H. Wilder Foundation, St Paul, MN.

McCall, M. (1988) "The Implications of Eastern African Rural Social Structure for Local Level Development: The Case for Participatory Development Based on Indigenous Knowledge Systems." Regional Development Dialogue 9(2): 41-69.

McCombie, S. C. (1996) Treatment seeking for malaria: a review of recent research. Social Science and Medicine vol. 43, no. 6, pp. 933-945.

McDonald, D. E. (1997) Developing guidelines to enhance the evaluation of Overseas Development Projects. Melbourne. Overseas Service Bureau.

McFarlane, J. and Fehir, J. (1994) "De Madres a Madres. A Community Primary Health Care Programme Based on Empowerment." Health Education Quarterly 21(3): 382-394.

McGraw, S. A. Stone, E. J. Osganian, S. K. Elder, J. P. Perry, C. L. Johnson, C. C. Parcel, G. S. Webber, L. S. and Luepker, R. V. (1994) "Design of Process Evaluation Within the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health (CATCH)." Health Education Quarterly Supplement 2(S5- S26).

McIntyre, S. (1986) "The patterning of health by social position in contemporary Britian: directions for sociological research". Social Science and Medicine. 23(4): 393-415.

McKnight, J. L. (1987) "Regenerating Community." Social Policy 17(3): 54-58.

McMillan, B. Florin, P. Stevenson, J. Kerman, B. and Mitchell, R. E. (1995) "Empowerment Praxis in Community Coalitions." American Journal of Community Psychology 23(5): 699-727.

Ministère Béninois de la Santé (MS/Bénin) (1997-2006) Annuaire des statistiques sanitaires 1996-2005. SNIGS/DPP/MS.

Ministère Béninois de la Santé (MS/Bénin) (2006) Annuaire des statistiques sanitaires 2005. SNIGS/DPP/MS.

Minkler, M. (1985) “Social support and the elderly,” in Cohen, S. and Syme, L. (eds.) Social Support and Health, Toronto: Academic Press.

Minkler, M. (1989) "Health Education, Health Promotion and the Open Society. An Historical Perspective." Health Education Quarterly 16: 17-30.

Minkler, M. (ed.) (1997) Community Organizing and Community Building for Health. New Brunswick: Rutgers University Press.

Moane, G. (2003) Bridging the Personal and the Political: Practices for a Liberation Psychology. American Journal of Community Psychology, 31 (1-2), 91-101.

Molyneux, H. D. and Nantulya, M. V. (2004) Linking disease control programmes in rural Africa: a pro-poor strategy to reach Abuja targets and millennium development goals. BMJ, 328, 1129-32.

Morriss, P. (1987) Power. A philosophical analysis. NY: St. Martin's Press.

Murray, J. L. C., Laakso, T., Shibuya, K., Hill, K. and Lopez, D. A. (2007) Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. Lancet, 370, 1040–54.

Murray, S. A. and Graham, L. J. C. (1995) "Practice based needs assessment: use of four methods in a small neighbourhood." British Medical Journal 310: 1443-1448.

Mwenesi, H. (2005) Social science research in malaria prevention, management and control in the last two decades: An overview. Acta Tropica vol. 95, no. 3, pp. 292–297.

Nafo-Traoré, F. (2005) Rolling back malaria: opportunities and challenges. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene vol. 99, no. 6, pp. 403-406.

Neighbors, H. Braithwaite, R. and Thompson, E. (1995) "Health Promotion and African-Americans: From Personal Empowerment to Community Action." American Journal of Health Promotion March/April(4): 281-287.

Ninacs, W., A. (2003) Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. La clé (La coopérative de consultation en développement), Québec (Canada).

North York Community Health Promotion Research Unit (NYCHPRU) (1993) Community Health Responses to Health Inequalities, Toronto.

Nutbeam, D. (1997) Health Promotion Glossary. Geneva. World Health Organisation.

Oakley, P. (1991) Projects with people. The practice of participation in rural development. Geneva: International Labour Office.

O'Connor, M. L. and Parker, E. (1995) Health Promotion. Principles and practice in the Australian context. Marrickville, NSW. Allen & Unwin Pty Ltd.

Offe, C. (1984) Contradictions of the Welfare State. Boston: MIT Press.

O'Gorman, F. (1995) "Brazilian Community Development: Changes and Challenges" in Craig, G. and Mayo, M. (eds.) (1995) Community Empowerment. A Reader in Participation and Development. London: Zed Books. 206-217.

Okanurak, K. and Ruebush, T. K. II (1996) Village-based diagnosis and treatment of malaria. Acta Tropica vol. 61, no. 2, pp. 157–167.

Olsen, M. E. and Marger, M. N. (eds.) (1993) Power in Modern Societies. San Francisco: Westview Press.

O'Neill, M. (1992) "Community Participation in Quebec's Health System. A Strategy to Curtail Community Empowerment." International Journal of Health Services 22: 287-301.

Organisation Mondiale de la Santé (1986) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa.

Organisation Mondiale de la Santé (1991) L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé. OMS, Genève.

Organisation Mondiale de la Santé (2002) Lignes directrices pour l'organisation des activités de promotion de la santé dans les pays de la région africaine. OMS, Brazzaville.

Ouellet, F., René, J-F., Durand, D., Dufour, R. and Garon, S. (2000) L'empowerment dans Naître égaux - Grandir en santé. Montréal, Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal-centre, Direction de la santé publique, Montréal.

Ovrebo, B. Ryan, M. Jackson, K. and Hutchinson, K. (1994) "The Homeless Prenatal Program: A Model for Empowering Homeless Pregnant Women." Health Education Quarterly 21(2): 187-198.

Pagnoni, F., Convelbol, N., Tiendrebeogo, J., Cousens, S. and Esposito, F. (1997) A community-based programme to provide prompt and adequate treatment of presumptive malaria in children. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene vol. 91, no. 5, pp. 512-517.

Pakulski, J. (1991) Social Movements. The politics of moral protest. Sydney: Longman Cheshire.

Palmer, C. T. and Anderson, M. J. (1986) "Assessing the Development of Community Involvement." World Health Statistics Quarterly 39: 345-352.

Panet-Raymond, J. (1992) "Partnership: Myth or reality?" Community Development Journal 27: 156-165.

Panosian-Dunavan, C. P. (2006) La lutte contre le paludisme. Pour la Science, 343, 42-48.
Parsons, T. (1960) Structure and process in modern societies. New York: Collier-MacMillan Limited.
Patton, M. Q. (1997) "Toward Distinguishing Empowerment Evaluation and Placing it in a Larger Context." Evaluation Practice 18(2): 147-163.
Pederson, A. O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.) (1994) Health Promotion in Canada. Provincial, National & International Perspectives. Toronto: W.B. Saunders.
Pelletier, D. and Jonsson, V. (1994) "The use of information in the Iringa Nutrition Programme." Food Policy 19(3): 301-313.
Petersen, A. R. (1994) "Community development in Health Promotion: empowerment or regulation?" Australian Journal of Public Health 18(2): 213-217.
Phillips, D. R. and Verhasselt, Y. (1994) Health and Development. New York: Routledge.
Pissarro, B., Oberlé, D., Shapman, S., Billaud, V., Delour, M., Jésu, F. et al. (2000) Développement social et Promotion de la santé : la démarche communautaire. Nancy. Société Française de Santé Publique, (Collection santé et société n°9).
Piven, F. F. and Cloward, R. (1977) Poor peoples' movements. Why they succeed, how they fail. NY: Pantheon Books.
Plough, A. and Olafson, F. (1994) "Implementing the Boston Healthy Start Initiative: A Case Study of Community Empowerment and Public Health." Health Education Quarterly 21(2): 221-234.
Poland, B. Green, L. and Rootman, I. (eds.) (2000) Settings for health promotion: linking theory and practice. Newbury Park, CA: SAGE Publications.
Purdey, A. F. Adhikari, G. B. Robinson, S. A. and Cox, P. W. (1994) "Participatory Health Development in Rural Nepal: Clarifying the Process of Community

Empowerment." Health Education Quarterly 21(3): 329-343.
Puska, P. Tuomilehto, J. Nissinen, A. and Vartiainen, E. (eds.) (1995) The North Karelia Project. 20 year results and experiences. Helsinki: The National Public Health Institute.
Putnam, R.D., Leonardi, R. and Nanetti, R.Y. (1993) Making democracy work: Civic traditions in Modern Italy, Princeton. NJ: Princeton University Press.
Raeburn, J. (1993) How Effective is Strengthening Community Action as a Strategy for Health Promotion? Toronto. University of Toronto. ParticiACTION. 3.
Raeburn, J. (2005) Community capacity building and mobilization: Current dimensions of community action in health promotion. A discussion paper within Track 2 Sustainable Action: Leadership, Partnership and Mobilization. Sixth Global Conference on Health Promotion, Bangkok.
Raeburn, J. and Corbett, T. (2001) Community development: How effective is it as an approach in health promotion? Paper prepared for the Second International Symposium on the Effectiveness of Health Promotion, University of Toronto, May 28-30, 2001.
Raeburn, J. and Rootman, I. (1998) People-Centred Health Promotion. Chichester (England): John Wiley & Sons.
Rappaport, J. (1984) Studies in empowerment: steps toward understanding and action. NY: Haworth Press.
Rappaport, J. (1985) "The Power of Empowerment Language." Social Policy Fall: 15-21.
Rappaport, J. (1987) "Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention. Toward a Theory of Community Psychology." American Journal of Community Psychology 15: 121-147.
Rappaport, J. (1987) Terms of empowerment/exemplars of prevention : toward a theory for community psychology.

Américan Journal of Community Psychologie, 15, 121-148.
Raymond, J. S. and Patrick, W. (1988) "Empowerment for Primary Health Care and Child Survival. Escalating Community Participation, Community Competence and Self Reliance in the Pacific." Asian Pacific Journal of Public Health 2(2): 90-95.
Rebien, C. C. (1996) "Participatory Evaluation of Development Assistance. Dealing with Power and Facilitative Learning." Evaluation 2(2): 151-171.
Reinelt, C. (1994) "Fostering Empowerment, Building Community: The Challenge for State Funded Feminist Organisations." Human Relations 47(6): 685-704.
Ridde, V., Delormier, T. and Goudreau, G. (2007) Evaluation of empowerment and effectiveness. Universal concepts? In: McQueen DV, Jones CM (eds). Global perspectives on health promotion effectiveness. New York: Springer, 385-399.
Rifkin, S. (1995) "Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes." Acta Tropica 61(72-92).
Rifkin, S. B. (1990) Community participation in maternal and child health / family planning programmes. Geneva. World Health Organisation.
Rifkin, S. B. Muller, F. and Bichmann, W. (1988) "Primary Health Care: on measuring participation." Social Science Medicine 9: 931-940.
Riger, S. (1984) "Vehicles for Empowerment: The case of Feminist Movement Organisations" in Rappaport, J. (eds.) Studies in empowerment: steps toward understanding and action. : Haworth Press Inc. 99-117.
Rissel, C. (1994) "Empowerment: the holy grail of Health Promotion?" Health Promotion International 9(1): 39-47.
Ristock, J. L. and Pennell, J. (1996) Community Research as Empowerment. Feminist links, Postmodern Interruptions. NY: Oxford University Press.

Robertson, A. and Minkler, M. (1994) "New Health Promotion Movement: A Critical Examination." Health Education Quarterly 21(3): 295-312.

Robson, C. (1993) Real World Research. Oxford: Blackwell publishers Ltd.

Rody, N. (1988) "Empowerment as Organisational Policy in Nutrition Programs. A Case Study from the Pacific islands." Journal of Nutrition Education 20(3): 133-141.

Roethlisberger, F. J. Dickson, W. J. and Wright, H. A. (1947) Management and the worker. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.

Rootman, I. and Raeburn, J. (1994) "The concept of health" in Pederson, A. O'Neill, M. and Rootman, I. (eds.) (1994) Health Promotion in Canada. Provincial, National and International Perspectives. Toronto: W.B. Saunders.56-71.

Rose, S. (1986) "Community Organisation. A Survival Strategy for Community-Based, Empowerment-Orientated Programs." Journal of Sociology and Social Welfare 13(3): 491-506.

Roughan, J. J. (1986) Village Organization for Development. Department of Political Science. Honolulu: University of Hawaii. PhD.

Rudd, R. E. and Comings, J. P. (1994) "Learner Development Materials: An Empowerment Product." Health Education Quarterly 21(3): 313-327.

Rudner-Lugo, N. (1996) "Empowerment Education. A Case Study of the Resource Sisters/Companeras Program." Health Education Quarterly 23(3): 281-289.

Sadan, E. and Churchman, A. (1996) "Process-focused and product-focused community planning: Two variations of empowering professional practice." Community Development Journal 32(1): 3-16.

Salmen, L. F. (1994). The listening dimension of evaluation. Evaluation and Development. Proceedings of the 1994

World Bank conference, World Bank Operations Evaluation Department.
Schmitt, D. and Weaver, D. (1979) Leadership for community empowerment: a source book. Michigan, USA: Pendell Publishing Company.
Schwartz, E., Sadetzki, S., Murad, H. and Rave, D. (2001) Age as a Risk Factor for Severe Plasmodium falciparum Malaria in Nonimmune Patients. Clinical Infectious Diseases, 33:1774–7.
Scott, C. and Jaffe, D. (1992) Le nouveau concept du management: l'empowerment, Laval, Québec: Agences d'Arc; Noisiel, France: Les presses du management.
Scrimgeour, D. (1997) Community control of aboriginal health services in the Northern Territory. Darwin. Menzies School of Health Research. 2/97.
Scriven, M. (1997) "Book review. Empowerment Evaluation: Knowledge and tools for self-assessment & accountability." Evaluation Practice 18(2): 165-175.
Sechrest, L. E. (1997) "Book review. Empowerment Evaluation: Knowledge and tools for self-assessment & accountability." Environment and Behavior 29(3): 422-426.
Seedhouse, D. (1997) Health Promotion: Philosophy, Prejudice and Practice. Chichester: John Wiley & Sons.
Seidman, S. and Wagner, D. G. (eds.) (1992) Postmodernism and Social Theory. The debate over general theory. Oxford: Blackwell.
Seligman, M. (1975) Helplessness: On Depression, Development and Death, San Francisco: W.H. Freeman.
Seligman, M. (1990) Learned Optimism, Toronto: Pocket Books.
Seligman, M. and Maier, S.F., (1967) "Failure to escape traumatic shock," Journal of Experimental Psychology, 74:1-9.
Serrano-Garcia, I. (1984) "The Illusion of Empowerment: Community Development Within a Colonial Context" in

Rappaport, J. (eds.) (1984) Studies in empowerment: Steps toward understanding action. NY: Haworth Press. 173-200.

Sharma, R. R. (1997) Introduction au Plaidoyer. Guide de formation. SARA/AED, Washington DC.

Shiva, V. (1991) Ecology and the politics of survival. Conflicts over natural resources in India. New Delhi: Sage Publications.

Shrimpton, R. (1995) "Community Participation in Food and Nutrition Programmes: An Analysis of Recent Governmental Experiences" in Pinstrup-Andersen, P. Pellitier, D. and Alderman, H. (eds.) (1995) Child growth and nutrition in developing countries: Priorities for action. USA: Cornell University Press. Ithaca. 243-261.

Simnett, I. (1995) Managing health promotion. Developing healthy organisations and communities. Chichester. John Wiley and Sons.

Simons-Morton, B. G. and Davis-Crump, A. (1996) "Empowerment: The Process and the Outcome." Health Education Quarterly 23(3): 290-292.

Singh, R. (1994) "Advocacy, Empowerment and International Collaboration. An Experiment for Rural Development in India." Indian Journal of Social Work 55(3): 327-335.

Sirima, S. B., Konate, A., Tiono, A. B., Convelbo, N., Cousens, S. and Pagnoni, F. (2003) Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. Tropical Medicine and International Health, 8(2), 133-139.

Skocpol, T. (1993) "The Potential Autonomy of the State" in Olsen, M. E. and Marger, M. N. (eds.) (1993) Power in Modern Societies. San Francisco: Westview Press. 306-313.

Slocum, R. Wichhart, L. Rocheleau, D. and Thomas-Slayter, B. (1995) Power, process and participation - tools for change. London: Intermediate Technology Publications.

Smith, G.D. (1996) “Income inequality and mortality: why are they related?” British Medical Journal 312:987-88.

Smith, G.D. Bartley, M. and Blane, D. (1990) “The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on”. British Medical Journal 301:373-77.

Smithies, J. and Webster, G. (1998) Community Involvement in Health. Aldershot, England. Ashgate Publishing Limited.

Snyder, M. M. and Doan, P. L. (1995) "Who participates in the evaluation of international development aid?" Evaluation Practice 16(2): 141-152.

Speer, P. and Hughley, J. (1995) "Community Organising. An Ecological Route to Empowerment and Power." American Journal of Community Psychology 23(5): 729-748.

Speller, V. Learmonth, A. and Harrison, D. (1997) "The search for evidence of effective health promotion." British Medical Journal 315: 361-363.

Starfield, B. (2001) “Improving Equity in Health: A Research Agenda” International Journal of Health Services 31(3):545-566.

Starhawk (1990) Truth or Dare. Encounters with power, authority and mystery. New York: HarperCollins.

Stevenson, H. M. and Burke, M. (1991) "Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research." Health Promotion International 6(4): 281-290.

Stevenson, J. F. Mitchell, R. E. and Florin, P. (1996) "Evaluation and self-direction in community-prevention coalitions" in Fetterman, D. M. Kaftarian, S. J. and Wandersman, A. (eds.) (1996) Empowerment Evaluation. Knowledge and tools of self-assessment and accountability. California: SAGE publications. 208-233.

Stewart, D. W. and Shamdasani, P. N. (1990) Focus groups. Theory and practice. London: SAGE Publications.

Strawn, C. (1994) "Beyond the Buzz Word: Empowerment in Community Outreach and Education." Journal of Applied Behavioural Science 30(2): 159-174.

Streefland, P. H. (1996) "Mutual Support Arrangements Among the Poor in South Asia." Community Development Journal 31(4): 302-328.

Strong, G. (1998) The gentle art of defeating a giant. The Age. Melbourne. 21/11/98: 10.

Stufflebeam, D. (1994) "Empowerment evaluation, objectivist evaluation and evaluation standards: where the future of evaluation should not go and where it needs to go." Evaluation Practice 15(3): 321-338.

Sutherland, R. (2002) Community development and health work in Northern Ireland: Context, history and development in Adams, L. Amos, M. and Munro, J. (Eds) (2002) Promoting health. Politics and practice. London. SAGE Ltd.

Swift, C. and Levin, G. (1987) "Empowerment: An Emerging Mental Health Technology." Journal of Primary Prevention 8(1&2): 71-94.

Syme, L. (1997) "Individual vs Community Interventions in Public Health Practice: Some Thoughts about a New Approach." Vichealth Letter July(2): 2-9.

Tannahill, A. (1985) "What is health promotion?" Health Education Journal 44(4): 167-168.

Taylor, R. and Rieger, A. (1985) "Medicine as a social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia." International Journal of Health Services 15: 547-559.

Taylor, V. (1995) "Social Reconstruction and Community Development in the Transition to Democracy in South Africa" in Craig, G. and Mayo, M. (eds.) (1995) Community empowerment: A reader in participation and development. London: Zed Books. 168-180.

Tones, K., Tilford, S. and Keeley Robinson, Y. (1990) Health Education. Effectiveness and Efficiency. London: Chapman & Hall.

Tonon, M. A. (1980) "Concepts in community empowerment: a case of sanitary change in a Guatemalan village." International Journal of Health Education 23(4): 1-16.

Toronto Department of Public Health (1991a) Health Inequalities in the City of Toronto, Toronto: Department of Public Health.

Toronto Department of Public Health (1991b) Advocacy for Basic Health Prerequisites: Policy Report Toronto: Department of Public Health.

Torre, D. (1986) Empowerment: Structured conceptualisation and instrument development. Cornell University. PhD.

Townsend, P. (1986) "Why are the many poor?" International Journal of Health Services 16(1):1-32.

Trice Gray, S. (1998) Evaluation with Power. A new approach to organizational effectiveness, empowerment and excellence. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Tudor-Smith, C. and Farley, P. (1997) The future of health promotion in Jones, L. and Sidell, M. (eds) (1997) The challenge of promoting health. Exploration and action. London. MacMillan Press Ltd. Pgs 278-280.

Turbyne, J. (1996) The Enigma of Empowerment: A Study of the Transformation of Concepts in Policy Making Processes. Bath: University of Bath. PhD,

Uphoff, N. (1990) "Paraprojects as New Modes of International Development Assistance." World Development 18(10): 1401-1411.

Uphoff, N. (1991) “A field methodology for participatory self-education.” Community Development Journal 26(4): 271-285.

Valadez, J. and Bamberger, M. (1994) Monitoring and evaluating social programs in developing countries. A

handbook for policymakers, managers and researchers. Washington D.C.: World Bank Publications.
Valvarde, C. (1991) Critical theory in health education. Montreal. Montreal DSC.
Vargas, L. V. (1991) "Reflections on methodology of evaluation." Community Development Journal 26(4): 266-270.
Vasoo, S. (1991) "Grass-root Mobilisation and Citizen Participation: Issues and Challenges." Community Development Journal 26(1): 1-7.
Wadsworth, Y. and McGuiness, M. (1992) Understanding Anytime: A consumer evaluation of acute psychiatric hospitals. VMIAC, Australia.
Wallerstein, N. (1992) "Powerlessness, empowerment and health. Implications for health promotion programs." American Journal of Health Promotion 6(3): 197-205.
Wallerstein, N. and Bernstein, E. (1988) "Empowerment Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education." Health Education Quarterly 15(4): 379-394.
Wallerstein, N. and Bernstein, E. (1994) "Introduction to Community Empowerment. Participatory Education and Health." Health Education Quarterly 21(2): 171-186.
Wallerstein, N. and Sanchez-Merki, V. (1994) "Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program." Health Education. Theory and practice 9(1): 105-118.
Wang, C. and Burris, M. (1994) "Empowerment through Photo Novella. Portraits of Participants." Health Education Quarterly 21(2): 171-186.
Wang, C. C. and Pies, C. A. (2004) Family, maternal and child health through photovoice. Maternal and child health journal. Vol 8(2): 95-102.
Ward, J. (1987) "Community development with marginal people: the role of conflict," Community Development Journal 22(1):18-21.

Wartenberg, T. E. (1990) The forms of power. From domination to transformation. Philadelphia: Temple University Press.

Weber, M. (1947) The theory of social and economic organization. New York: The Free Press.

Wegelin-Schuringa, M. (1992) Participation Approaches to Urban Water Supply and Sanitation. The Hague. IRC.

Werner, D. (1988) "Empowerment and Health." Contact. Christian Medical Commission 102: 1-9.

Werner, D. and Sanders, D. (2006) Vie et mort des soins de santé primaires. In: A. Katz, & J. Duchatel (Eds.), La santé pour tous ! Se réapproprier Alma Ata (pp. 27-37). People's Health Movement, Genève: CETIM.

Wheat, S. (1997) Banking on a better future. Guardian Weekly. Manchester. February 9th: 19.

White, N. J. (2005) Intermittent presumptive treatment for malaria. PLoS Medicine vol. 2, no. 1, pp. 29-33.

Whitehead, M. (1991) "The concepts and principles of equity and health." Health Promotion International 6(3): 217-228.

Wilkinson, R. (1986) "Income and Mortality," in Wilkinson, R. (ed.) Class and Health: Research and Longitudinal Data, London: Tavistock.

Wilkinson, R. (1996) Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality, New York: Routledge.

Williams, H. A. and Jones, C. O. H. (2004) A critical review of behavioral issues related to malaria control in sub-Saharan Africa: what contributions have social scientists made? Social Science and Medicine vol. 59(3), 501-523.

World Health Organization (1978) Alma Ata Declaration on primary health care. Geneva.

World Health Organisation (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva.

World Health Organization (1990) Severe and complicated malaria. Trans R Soc Trop Med Hyg; 84(Suppl 2):1–65.

World Health Organization (1998) Health promotion evaluation: recommendations to policy makers: report. WHO/Europe.

World Health Organization. (2000) The African summit on Roll Back Malaria, Abuja, Nigeria. Geneva (WHO/CDS/RBM/2000.17).

World Health Organisation (2002a) "Conference statement. The Adelaide Recommendations" available at www.who.int/hpr. (accessed 6 June 2002)World Health Organisation (2002b) "Sundsvall Statement On Supportive Environments For Health". available at www.who.int/hpr. (accessed 6 June 2002).

World Health Organisation (2002c) "The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century". available at www.who.int/hpr. (accessed 6 June 2002).

World Health Organisation (2002d) "Mexico Global Conference for Health Promotion". available at www.who.int/hpr. (accessed 6 June 2002).

World Health Organization (2003a) Malaria is alive and well and killing more than 3000 African children every day. Geneva, World Health Organization:3. Consulté le 2 juin 2004 au <http://whqlibdoc.who.int/press_release/2003/PR_33.pdf >.

World Health Organization (2003b) The Africa Malaria Report. Geneva (WHO/CDS/MAL/2003.1093).

World Health Organization (2004) Scaling up home management of malaria: from research to implementation. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/MAL/2004.1096).

World Health Organization (2005) World Malaria Report 2005. Geneva: World Health Organization; http://www.who.int/wmr/exsummary_en.htm (Accessed 7 July 2005).

Wrong, D. H. (1988) Power. Its forms, bases and uses. Chicago: The University of Chicago Press.

Yeo, M. (1993) "Toward an ethic of empowerment for health promotion." Health Promotion International 8(3): 225-235.

Youker, R. and Burnett, N. R. (1993) "The Project Cycle and the Project Appraisal Process" in ESCAP (eds.) (1993) Selected readings on project planning. New York: United Nations. 51-58.

Zakus, J. D. L. and Lysack, C. L. (1998) "Revisiting community participation." Health Policy and Planning 13(1): 1-12.

Zimmerman, M. A. and Rappaport, J. (1988) "Citizen Participation, Perceived Control and Psychological Empowerment." American Journal of Community Psychology 16(5): 725-743.

Zimmerman, M. A. and Zahniser, J. H. (1991) "Refinements of Sphere-Specific Measures of Perceived Control: Development of a socio-political control scale." Journal of Community Psychology 19: 189-204.