

Mobilisation communautaire : pratiques prometteuses pour l'adaptation

Karen M. Ryder, MPH
Avril 2000



Santé Familiale et Prévention du SIDA

Mobilisation communautaire : pratiques prometteuses pour l'adaptation

**Karen M. Ryder, MPH
Avril 2000**

Ce rapport a été imprimé grâce à un financement du Projet BASICS de l'USAID
N° HRN - C - 00 - 00007 - 00

REMERCIEMENTS

Cette étude a été réalisée grâce aux efforts conjugués de plusieurs personnes, aussi bien aux Etats-Unis qu'en Afrique. La collaboration étroite entre deux projets régionaux basés à Abidjan, Côte d'Ivoire, est à féliciter.

Je voudrais remercier le Bureau Régional de la Santé Familiale et de Prévention du SIDA (SFPS) d'Abidjan, Côte d'Ivoire, et surtout Claudia Vondrasek, Directeur du Programme Information, Education, et Communication (IEC), *Center for Communication Programs* de l'Université Johns Hopkins (JHU/CCP), dont le rôle dans l'élaboration du projet et les conseils techniques tout au long de sa mise en œuvre ont été primordiaux pour la préparation de ce document. Mes remerciements vont aussi à Natasha Sakolsky et à Eddy Momat de SFPS pour leurs idées et commentaires si utiles.

Merci infiniment au personnel de BASICS project, dont le soutien financier ainsi que technique a permis de mener à bien cette étude; à Lorraine Lathen, Directrice du Système d'Appui aux Réseaux de Santé pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre (SARS/AOC) à Abidjan, à Robin Steinwand du Bureau BASICS en Virginie, pour leurs réactions et leur appui constant et à Aïssatou Wade du Bureau Régional du Projet BASICS à Dakar.

J'exprime ma profonde gratitude à Susan Krenn et Jane Brown du *Center for Communication Programs* de l'Université Johns Hopkins, et à Lisa Howard-Grabman de *Save the Children* aux Etats-Unis pour avoir apporté des conseils et des critiques des plus utiles.

Je demeure entièrement redevable aux représentants de plusieurs organisations qui ont participé à cette étude en contribuant, par leurs expériences, à la mobilisation communautaire.

TABLE MATIERES

Remerciements	II
Sigles	V
Avant-propos	VI
I. INTRODUCTION	1
A. Mobilisation communautaire	1
B. Contexte de l'étude	1
C. Méthodologie	2
II. SYNTHÈSE DES STRATÉGIES DE MOBILISATION COMMUNAUTAIRE	3
Points d'intervention au sein de la communauté	3
Nature participative de la stratégie	3
Les bénéficiaires de la stratégie	4
Formation	4
Possibilité d'adaptation	5
Points forts et contraintes	5
Préoccupations des ONG et aspects à améliorer	6
III. PRÉSENTATION DES STRATÉGIES	7
A. Comité de gestion sanitaire au Burkina Faso	7
Cadre de la stratégie	7
Réalizations	8
Contraintes	9
Possibilité d' adaptation	9
B. Association communautaire du Cameroun	10
Cadre de la stratégie	10
Réalizations	11
Contraintes	12
Possibilité d' adaptation	12

C. Dassandaga - Associations villageoises de jeunesse au Burkina Faso	13
Cadre de la stratégie	14
Réalisations	14
Contraintes	15
Possibilité d' adaptation	15
D. Animateurs en matière de prévention du SIDA au Mali	16
Cadre de la stratégie	17
Réalisations	18
Contraintes	18
Possibilité d' adaptation	19
E. Pair-éducateurs pour la prévention du SIDA au sein des communautés migrantes	20
Cadre de la stratégie	20
Réalisations	21
Contraintes	22
Possibilité d' adaptation	22
F. Planning familial à base communautaire pour les femmes et les enfants	23
Cadre de la stratégie	23
Réalisations	24
Contraintes	25
Possibilité d' adaptation	25
IV. CONCLUSION	27

ANNEXES

Annexe 1: Profil des organisations présentées

Annexe 2: Questionnaire relatif aux stratégies de mobilisation communautaire

Annexe 3: Bibliographie

SIGLES

AMPPF	Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille
BASICS	Soutien de Base à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant
FESADE	Femmes-Santé-Développement en Afrique sub-saharienne
IEC	Information, éducation, et communication
JHU/CCP	<i>Johns Hopkins University/Center for Communication Programs</i>
MST	Maladie sexuellement transmissible
ONG	Organisation non gouvernementale
PSI	Population Services International
SARS/AOC	Système d'Appui aux Réseaux de Santé en Afrique occidentale et centrale
SFPS	Santé Familiale et Prévention du SIDA
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Agence des Etats-Unis pour le Développement International)
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

AVANT-PROPOS

Ce document est le résultat d'une collaboration entre le Projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS), Center for Communication Programs de la Johns Hopkins University (JHU/CCP) et le Système d'Appui aux Réseaux de Santé en Afrique occidentals et centrale, financé par le Projet de Soutien de Base à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant (BASICS)

Le Projet SFPS est une initiative en Afrique de l'Ouest et du Centre, financée par l'USAID, qui vise à améliorer la qualité et la demande pour les prestations de services de planification familiale, de prévention des MST/SIDA, et de promotion de la santé maternelle et infantile. Le projet regroupe plusieurs agences américaines avec les institutions régionales dans les secteurs de la prestation de services, la formation, le marketing commercial, la recherche opérationnelle, et la communication pour le changement de comportement. Il repose sur les principes de la coopération régionale, du renforcement des capacités des institutions locales et de la promotion de solutions efficaces pour la pérennisation des programmes de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Le Projet BASICS (Projet de Soutien de Base à l'Institutionnalisation de la Survie de l'Enfant) est financé par le Bureau de la santé et de la nutrition de l'Office des programmes mondiaux, du soutien de terrain et de la recherche à l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Il se déroule sous la direction de *Partnership for Child Health Care, Inc.*, et a pour partenaires l'*Academy for Educational Development*, *John Snow, Inc.* et *Management Sciences for Health*. Les sous-traitants sont le Bureau des programmes internationaux de *Clark Atlanta University*, *Emory University*, l'Ecole d'hygiène et de santé publique de la *Johns Hopkins University*, Porter/Novelli et *Program for Appropriate Technology in Health*.

Le Système d'Appui aux Réseaux de Santé en Afrique occidentale et centrale est une initiative financé par l'USAID avec l'assistance technique du Projet BASICS. Il a démarré ses activités en Aout 1997 en vue de soutenir l'identification et le partage de pratiques prometteuses en matière de santé de l'enfant et de la famille en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Le présent document examine un ensemble de pratiques prometteuses en matière de mobilisation communautaire dans un certain nombre de pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre. Ces pratiques sont définies comme étant des démarches réussies, exemplaires et ayant un impact significatif sur la santé des populations-cibles. Elles consistent en différentes stratégies de mobilisation communautaire appliquées par les organisations en vue de leur adaptation au sein d'autres communautés de la région pour les aider à améliorer leur état de santé.

Ce document ne reflète ni les vues, ni les opinions de l'USAID. Il peut être reproduit à condition que les Projets BASICS et SFPS soient mentionnés en référence.

I. INTRODUCTION

A. Mobilisation communautaire

Au cours de la présente décennie, suite à l'Initiative de Bamako, les organisations de développement ont modifié leur approche en vue d'une amélioration des services de santé en Afrique. Partout où elles avaient l'habitude de concevoir et de fournir des services en dehors des structures africaines existantes, ces organisations mettent actuellement l'accent sur l'utilisation des ressources matérielles existantes ou la génération de revenu en vue d'appuyer les efforts pour l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité aux soins de santé en faveur des communautés au niveau local.

Le fait de reconnaître et de respecter les capacités des communautés à prendre en charge leurs propres problèmes de santé peut constituer un moyen efficace destiné à les encourager à participer activement à l'amélioration de leurs conditions de santé. Agir en partenariat avec une organisation peut apporter à une communauté les conseils et l'appui technique nécessaires pour apprendre régulièrement à identifier et à faire face à ses propres problèmes de santé, et à les gérer.

Cette approche, connue sous le nom de "mobilisation communautaire", est traitée dans le présent document en vue de son application par plusieurs organisations travaillant actuellement en Afrique occidentale et centrale. Le document examine les stratégies de mobilisation communautaire appliquées par les organisations, leurs forces et faiblesses, ainsi que la possibilité de les adapter au sein d'autres communautés de la région.

B. Contexte de l'étude

Le Projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS) en Afrique occidentale et centrale opère en partenariat avec des organisations africaines en vue de renforcer leurs compétences techniques et de gestion de projets en matière de planning familial, de prévention du VIH/SIDA et de survie de l'enfant. Les partenaires du Projet SFPS utilisent des stratégies variées afin de permettre une autonomie des communautés dans l'exécution et la gestion des interventions destinées à améliorer leur santé. Leurs approches varient aussi bien du point de vue de leur conception que de leurs succès et leurs faiblesses. Cependant, ils sont similaires à plusieurs égards.

Reconnaissant à la fois les éléments qu'ils ont en commun et leurs différences, le Projet SFPS et ses partenaires dans la sous-région, de même que d'autres organisations qui utilisent des approches communautaires dans la région, peuvent mutuellement tirer profit d'un partage de leurs expériences en matière de mobilisation communautaire afin d'améliorer les approches. A cet effet, SFPS a initié un projet de recherche auquel s'est joint ensuite le Système d'Appui aux Réseaux de Santé en Afrique occidentale et centrale (SARS/AOC) de l'USAID.

Le SARS/AOC intègre dans ses objectifs, l'identification et le partage des pratiques prometteuses et des expériences dans la région afin d'encourager l'adaptation d'approches innovatrices dans l'intérêt de la santé des enfants et de leurs familles. C'est ainsi que les deux projets financés par l'USAID ont décidé de tirer parti du travail initié par le Projet SFPS en élargissant la recherche en matière de mobilisation communautaire à d'autres organisations du Burkina Faso, du Mali, du Togo, du Cameroun, du Sénégal, du Niger, de la Côte d'Ivoire et à des organisations non gouvernementales, et ensuite de faire une large diffusion des résultats.

Les résultats de cette recherche sont contenus dans le présent document sous la forme d'un

ensemble d'études de cas offrant un aperçu des activités courantes en matière de mobilisation communautaire en Afrique occidentale et centrale. Dans le document, il est procédé à une comparaison des différents éléments entrant dans les stratégies, sans conclure à la supériorité ou à la meilleure garantie de succès de l'une d'entre elles. Il permet simplement aux organisations de partager avec leurs homologues de la région, leurs propres approches spécifiques au travail avec les communautés en rapport avec les divers problèmes de santé. Il offre surtout aux organisations la possibilité d'analyser leurs stratégies et de réfléchir au moyen de les améliorer. Ainsi, une organisation qui désire adapter la stratégie d'une autre organisation pourra s'inspirer de l'expérience de cette dernière.

C. Méthodologie

L'objectif de la recherche était d'identifier des stratégies de mobilisation communautaire prometteuses, innovatrices et potentiellement reproductibles en Afrique occidentale et centrale. Trois méthodes de collecte de données ont été utilisées: 1) un questionnaire a été adressé aux organisations exécutant des activités de mobilisation communautaire; 2) des entrevues ont eu lieu avec des organisations sélectionnées au Mali, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire; et 3) une analyse de documents relatifs aux activités des organisations- partout où ceux-ci ont été disponibles. Bien que l'idéal aurait été d'avoir des entrevues avec toutes les organisations étudiées, cette démarche s'est avérée impossible en raison du manque de temps et des contraintes budgétaires. Cependant, toutes les organisations prises en compte dans les études de cas — quelles aient été interviewées ou non — ont répondu au questionnaire.

Etant donné que les organisations ont une meilleure connaissance de leurs propres activités, il a été donné à chacune d'entre elles, la possibilité d'identifier une de leurs stratégies qu'elles croient répondre aux critères d'être prometteuse, innovatrice et potentiellement reproductible dans la région. Elles devaient ensuite détailler leurs interventions, étape par étape, et faire état de leurs succès et de leurs problèmes. Le document présente un échantillonnage des études de cas examinées dans la région.

II. SYNTHÈSE DES STRATÉGIES DE MOBILISATION COMMUNAUTAIRE

La recherche a abouti à l'identification d'au moins une stratégie par organisation étudiée. Parmi les stratégies sélectionnées se trouvent: 1) des comités de gestion sanitaire chargés de la gestion des dispensaires villageois et des dépôts de produits pharmaceutiques (Mwangaza/Burkina Faso); 2) des associations communautaires d'éducation sanitaire (FESADE/Cameroun); 3) des associations villageoises de jeunes (*Save the Children*/Burkina Faso); 4) des animateurs en matière de prévention du SIDA (Plan International/Mali); 5) des prostituées comme paire-éducatrices au sein des communautés migrantes (*Africare*/Burkina Faso); 6) l'approche communautaire en matière de planning familial pour les femmes et les jeunes (AMPPF/Mali).

Dans les stratégies, les éléments essentiels suivants sont comparés:

- Points d'intervention au sein de la communauté
- Nature participative de la stratégie
- Les bénéficiaires de la stratégie
- Formation
- Possibilité d'adaptation
- Points forts et faiblesses
- Préoccupations/aspects à améliorer par les ONG.

Points d'intervention au sein de la communauté

Les activités de mobilisation communautaire peuvent être menées par divers types d'organisations et à plusieurs niveaux d'une communauté donnée. Toutes les organisations impliquées dans la recherche sont non gouvernementales (ONG). Certaines sont de grandes ONG internationales, tandis que d'autres sont locales et africaines. Certaines interviennent directement au niveau de la communauté, tandis que d'autres jouent plutôt un rôle de coordination en offrant un appui aux ONG locales qui exécutent effectivement des activités de mobilisation avec des communautés cibles.

Les organisations qui collaborent directement avec la communauté peuvent introduire la stratégie de mobilisation communautaire à plusieurs niveaux, néanmoins, un ou deux niveaux pourraient s'avérer être le point focal de leurs contacts ou de leur collaboration. Les ONG étudiées ici collaborent avec au moins deux des acteurs suivants au sein de leur communauté cible:

- 1) les autorités ou leaders villageois ou communautaires
- 2) les volontaires villageois
- 3) les groupes ou associations communautaires tels que ceux des femmes et des jeunes
- 4) les groupes religieux ainsi que d'autres organisations non gouvernementales
- 5) les prestataires de services — par exemple, les dispensaires et les hôpitaux —
- 6) les fonctionnaires du ministère de la santé
- 7) les autorités au niveau du district
- 8) les mass média
- 9) les prostituées

Nature participative de la stratégie

Il a été demandé aux ONG de décrire la participation des communautés à la stratégie de planification, de prise de décision et d'exécution, et de déterminer qui, en réalité, est chargé de la mise

en œuvre des activités de l'intervention. Dans l'ensemble, il existe un cadre général commun à toutes les stratégies. Toutes les organisations ont procédé à la présentation de leur premier contact avec les chefs de communauté, à l'auto-analyse des communautés et à la recherche fondamentale qualitative et quantitative comme étapes préliminaires du travail avec la communauté. Plusieurs ont mentionné le fait que le premier contact avec les chefs de communauté est essentiel pour le succès de l'intervention. Les phases subséquentes du cadre comprennent la sélection et la formation des agents de mobilisation communautaire, l'exécution, la supervision et l'évaluation des activités.

Il existe de nettes différences entre les ONG quant au choix et au nombre des membres de la communauté qui recevront une formation en tant qu'agents de mobilisation communautaire. Ce choix est souvent fonction de la population cible. Par exemple, une organisation, FESADE, souhaite mobiliser des groupes spécifiques au sein de la communauté — telles que les organisations religieuses — par l'intermédiaire de leurs pairs. Ce faisant, elle limite le choix des agents de mobilisation communautaire aux membres de ces organisations. L'année dernière, FESADE avait comme but la formation de 90 agents de mobilisation communautaire. Par contre, l'organisation Mwangaza a adapté une stratégie complexe qui cible toute la communauté. Tout membre d'une communauté cible peut y participer. A ce jour, ils ont formé plus de 62 000 membres de communautés qui doivent contribuer à un aspect ou un autre de sa stratégie.

Les bénéficiaires de la stratégie

Au nombre des bénéficiaires de la stratégie peuvent figurer la population cible principale ainsi que tous les groupes secondaires susceptibles d'en bénéficier directement ou indirectement. Par exemple, au Burkina Faso, une stratégie a identifié les jeunes gens comme population cible principale dans le cadre de l'éducation en matière de santé de la reproduction. Cependant, la plupart des interventions ont lieu sur la place du marché, ce qui permet à toutes les couches de la communauté d'avoir ainsi accès au message délivré par la stratégie. Cette stratégie est appliquée dans 88 villages, ce qui totalise approximativement 120 000 habitants — parmi les plus petites populations bénéficiaires potentielles ciblées dans les études de cas. Celle qui possède la plus large zone d'intervention est une stratégie de prévention du SIDA au Mali (Plan International) exécutée dans plus de 1 500 villages, ce qui totalise une population bénéficiaire potentielle de plus de 1 500 000 personnes.

Les membres de la communauté formés en vue d'intervenir sur un quelconque aspect de la stratégie constituent un troisième groupe bénéficiaire. Ils tirent profit à la fois de leur accès au message de la stratégie et de l'acquisition d'une/de nouvelle(s) compétence(s) qui leur permet(tent) de prendre part aux activités de mobilisation au sein de la communauté.

Formation

Toutes les organisations offrent une formation aux principaux agents de mobilisation communautaire. Cette formation varie en durée et en contenu. Certaines organisations se limitent à de courtes formations de trois (3) à quatre (4) jours en informations sanitaires de base, y compris la santé de la reproduction et la survie de l'enfant. L'Association Malienne pour la Protection et la

Promotion de la Famille (AMPPF) offre une formation intensive de 12 à 15 jours, y compris des volets sur la prévention du VIH/SIDA et des MST, les techniques d'information, éducation et communication (IEC), et la distribution communautaire des contraceptifs. Une autre organisation, Mwangaza, a déclaré que la formation est un aspect fondamental de sa stratégie de mobilisation communautaire. Elle offre des modules de formation sur plus d'une douzaine de thèmes dont l'alphabétisation, la gestion financière et l'auto-analyse de la communauté.

Possibilité d'adaptation

Toutes les organisations tendent à croire que leurs stratégies peuvent, plus ou moins facilement, être adaptées dans le région - pourvu qu'il existe des ressources appropriées. Pour toutes les stratégies, ces ressources sont humaines, matérielles et financières. Plusieurs des ONG étudiées ont recours aux ressources existantes au sein des communautés telles que les services sanitaires, les ONG locales et les associations villageoises. Selon les besoins, d'autres organisations créent de nouvelles structures telles qu'un comité de gestion en vue de superviser le fonctionnement des centres de santé, ou des associations de jeunes pour la gestion des activités de l'intervention. Certaines des stratégies ont été déjà adaptées par les ONG qui les ont élaborées. Au Burkina Faso, par exemple, *Save the Children* a commencé la mise en œuvre de sa stratégie en 1993 dans 23 villages, et elle est actuellement en cours dans 88 villages.

A propos de leur stratégie, certaines organisations ont noté qu'elle peut non seulement être adaptée ailleurs, mais aussi être appliquée dans d'autres secteurs tels que l'agriculture et les projets de micro-crédits. L'approche de Mwangaza est un exemple de cette adaptabilité; elle utilise les comités de santé villageoise pour la gestion des dispensaires et des dépôts de produits pharmaceutiques. Au départ, la stratégie consistait en un projet de gestion, pour être ensuite utilisée dans le contexte sanitaire actuel.

L'obstacle le plus sérieux à l'adaptation semblerait être le coût des stratégies. Plusieurs organisations n'étaient pas capables de donner exactement les coûts de leur stratégie - du moins, pas en devise forte. Plusieurs ont fait état des coûts matériels tels que le transport, les salaires, la formation des agents de mobilisation communautaire, le matériel d'information, éducation et communication, les préservatifs, l'équipement électronique pour les danses, les chants, etc. Les coûts spécifiques exprimés en dollar allaient de 23 000 dollars (Plan International/Mali) à 300 000 dollars par an (*Africare*/Burkina Faso). Etant donné que toutes les organisations reçoivent des financements extérieurs, celles qui désirent adapter leurs stratégies, devront certainement recourir à ces sources. Certaines organisations entreprennent des activités génératrices de revenus afin de compenser une partie de leurs dépenses. Généralement, le revenu généré est un bénéfice marginal provenant de la vente des préservatifs. Cette somme revient souvent, à titre incitatif, à l'agent de mobilisation communautaire chargé de la vente de ces préservatifs. Au moins une ONG, *Save the Children* du Burkina Faso, indique que les revenus provenant de leurs activités pourront suffire à autofinancer leur stratégie après l'expiration de leur contrat de projet en décembre 1998.

A propos des coûts, il est important de retenir qu'il serait possible d'adapter partiellement des stratégies et, ainsi, de réduire substantiellement les dépenses. Par exemple, le budget annuel d'*Africare* s'élevant à 300 000 dollars, prend en compte la production de centaines de spots publicitaires à travers les mass média, à la télévision et à la radio. Cette stratégie peut être adaptée en occultant le volet mass média et en conservant les autres activités: animations en matière de prévention du SIDA par des prostituées utilisées comme paire-éducatrices. En outre, il existe des stratégies d'échelle. Il serait possible de réduire la taille d'une intervention et, par conséquent, d'en réduire les coûts.

Points forts et contraintes

Le questionnaire demandait aux organisations de déterminer l'élément le plus essentiel et le plus crucial de leur stratégie. La plupart d'entre elles ont mentionné les étapes préliminaires de pla-

nification avec la communauté comme l'élément déterminant pour le succès. L'organisation Plan International du Mali considère les rencontres préliminaires avec les leaders communautaires comme l'aspect le plus important dans sa stratégie. Dans ses efforts de formation des leaders communautaires sur la prévention du VIH/SIDA et d'obtention de leur appui à la stratégie, Plan International utilise toute une gamme de techniques innovatrices parmi lesquelles le théâtre est le plus efficace.

Le succès de chaque stratégie dépend de l'interaction de plusieurs facteurs interdépendants. Par exemple, l'intégration à la communauté/être accepté par elle dès le départ est certainement essentielle, mais il en est de même pour la formation des agents de mobilisation communautaire.

L'évaluation est aussi un aspect important de la stratégie de chaque organisation, bien que plusieurs d'entre elles indiquent que la phase de l'évaluation constitue le point le plus faible de leur stratégie. Mwangaza estime que l'évaluation n'a jamais été adaptée de manière adéquate au niveau communautaire et aux langues locales. L'absence de rémunération pour les agents de mobilisation communautaire et la difficulté de les maintenir motivés font partie des faiblesses mentionnées par d'autres organisations telle qu'*Africare*.

Plan International soutient que le point le plus faible de sa stratégie était lié au fait que l'intervention était axée sur un seul thème, découlant des directives des bailleurs de fonds.

Préoccupations des ONG et aspects à améliorer

Plus d'une ONG estiment qu'elles seront capables de mieux répondre aux besoins des communautés si leurs interventions revêtaient un caractère multisectoriel. Les ONG se sentent limitées par les directives des bailleurs de fonds qui déterminent le thème de la stratégie. En fait, les ONG estiment que les projets auront une meilleure chance de réussite et de pérennité si les priorités des bailleurs de fonds prenaient davantage en compte les besoins réels des communautés. Par exemple, Plan International du Mali indique, que dans plus de la moitié de ses zones d'intervention, après le démarrage de la mise en application de la stratégie liée au SIDA au sein d'une communauté, celle-ci sollicitait une assistance dans d'autres secteurs qu'elle considérait plus prioritaires. Face à ce problème, Plan International procède de deux manières: 1) au cours de l'examen des propositions émanant des ONG locales en vue de la mise en œuvre de leurs interventions de lutte contre le SIDA, Plan International recherche des propositions qui lient les nouvelles activités relatives au SIDA à une stratégie déjà en cours au sein de la communauté; 2) étant donné que Plan International estime qu'il est possible de mettre en place une intervention intégrée à peu près au même coût qu'une intervention verticale, celui-ci réserve approximativement 10 % du budget destiné à chaque communauté à l'appui d'autres activités dans d'autres secteurs, à la demande de la communauté.

Cet aspect touche également les remarques des ONG concernant l'adaptabilité. Elles estiment que les projets qui sont suffisamment diversifiés pour intervenir dans divers secteurs sont plus aptes à répondre aux préoccupations essentielles des communautés, à obtenir d'eux une plus grande participation, et sont susceptibles de durer. Il en résulte que les projets qui sont les plus faciles à soutenir semblent être ceux qui sont les plus faciles à adapter.

II. PRESENTATION DES STRATÉGIES

A. Comité de gestion sanitaire au Burkina Faso

Au sein de la population, tout un chacun — quel que soit son niveau de pauvreté, d'analphabétisme, de connaissances ou de quelque région qu'il soit — peut contribuer au développement de sa communauté.

—Mwangaza—

Au Burkina Faso, une ONG a aidé des centaines de villageois à acquérir les connaissances et les compétences requises pour la gestion de leurs propres systèmes de soins de santé, tout en recouvrant partiellement les coûts des prestations qu'elle offre. La stratégie facilite la création de comités de santé pour la planification et la gestion de toutes les activités et les opérations des établissements de santé publics existant au sein des communautés. Selon l'ONG, cette approche se justifie par le fait que les efforts tels que la mobilisation communautaire, destinés à améliorer les soins de santé au sein d'une communauté, nécessitent la conception et l'exécution des activités auxquelles la communauté peut réellement participer.

1. Cadre de la stratégie

La stratégie requiert la participation de la communauté à tous les niveaux, à commencer par l'identification de ses priorités en matière de santé et la décision de mobiliser ou non ses membres. L'approche est celle d'un cycle d'apprentissage continu — un système alternatif d'animation, de communication, de formation et d'organisation — permettant à la communauté d'acquérir les compétences qui lui sont nécessaires, juste avant de les appliquer dans le processus. Le système est composé de plusieurs phases:

- a. le recrutement et la formation des assistants techniques — y compris les études préliminaires;
- b. la présentation de la stratégie à la communauté;
- c. l'auto-analyse des ressources de la communauté;
- d. l'auto-organisation — mise en place des nouvelles structures — ;
- e. l'exécution;
- f. l'évaluation;

Les assistants techniques assurent la liaison entre l'ONG et les communautés. Ils sont recrutés dans un premier temps par l'ONG qui recherche des candidats détenteurs d'un diplôme universitaire en sciences sociales et parlant la langue de la zone d'intervention. Ces candidats sont ensuite présentés aux leaders communautaires qui ont leurs propres critères de sélection pour désigner la personne qui deviendra leur assistant technique.

Le rôle principal de l'assistant technique est de fournir un appui logistique et administratif à la communauté en vue d'exécuter la stratégie. Une de ses principales fonctions est de travailler en étroite collaboration avec l'infirmier du dispensaire local et les leaders villageois en vue de créer un comité de gestion sanitaire. Au cours du premier mois d'exercice de leurs fonctions, les assistants techniques doivent aussi entreprendre des activités de recherche initiale et établir des contacts avec les villages bénéficiant des services d'un dispensaire, pour expliquer la stratégie de mobilisation. Dès que les villages auront décidé de participer à la stratégie, le rôle de l'assistant technique devient celui

de consultant ou de facilitateur, et consiste alors à guider les leaders de la communauté en discutant les idées, en organisant des formations, en améliorant les compétences des membres du comité de santé et en apportant à l'infirmier une assistance technique en matière de mobilisation communautaire. Le travail avec l'infirmier est particulièrement important dans la mesure où celui-ci à terme, assumera plusieurs des fonctions qui incombent à l'assistant technique — en l'occurrence l'appui et la collaboration avec le comité de santé.

2. Réalisations

De 1993 à 1995, l'ONG a assisté les villages du Burkina Faso dans la mise en place de 67 comités de santé en vue de gérer toutes les activités et les opérations des établissements de santé publics existant dans deux provinces du pays. La communauté tire profit de sa participation dans la stratégie de mobilisation de trois manières:

1. par le biais de la série d'ateliers couvrant plus d'une douzaine de thèmes, les villageois ont acquis toute une gamme de compétences;
2. les activités du comité de gestion sanitaire améliorent l'accès aux soins de santé et leur qualité;
3. les communautés ont un rôle actif réel dans la gestion de leurs problèmes de santé, particulièrement dans l'évaluation de leurs ressources, l'organisation et l'exécution de leurs activités.

L'ONG indique que toutes les idées qui sous-tendent les activités émanent de la population. La stratégie couvre au total plus de 772 villages, ce qui représente une population de près de 700 000 habitants.

Formation et mise en valeur des ressources

Des ateliers couvrant plus d'une douzaine de thèmes ont permis de former plus de 62 000 personnes au sein des populations des zones d'intervention. La gestion des stocks et des fonds, l'élaboration de budget, l'auto-analyse communautaire font partie des thèmes de formation .

En outre, plus de 800 membres nouvellement sélectionnés et appartenant aux comités de gestion sanitaire ont reçu des cours d'alphabétisation en vue de faciliter leurs activités. Cette formation était particulièrement importante pour les femmes qui présentent un taux d'analphabétisation plus élevé et occupent actuellement 97% des postes de trésorier au sein des comités de gestion sanitaire.

En plus de la création des comités de gestion sanitaire, des unités de santé villageoises ont été créées afin d'assurer la liaison entre les villages couverts par les établissements sanitaires et les comités qui les gèrent. Par ailleurs, 35 dépôts de produits pharmaceutiques ont été créés en vue de fournir des médicaments à la population à des prix abordables. En tout, des milliers de villageois ont bénéficié directement d'au moins une des formations offertes dans le cadre de la mise en place de la stratégie.

Activités des comités de santé

Les comités de santé travaillent sur tout un ensemble d'activités, y compris la maintenance des installations sanitaires, la reforestation, la construction et la gestion de dépôts de produits pharmaceutiques, et l'organisation de "marchés de santé" où les services et les produits sont offerts à la communauté en même temps que toute une variété d'activités sociales.

La gestion des dépôts de produits pharmaceutiques et l'organisation de journées de "marché de santé" sont deux activités majeures de l'Initiative de Bamako. Les dépôts de produits pharmaceutiques améliorent l'accès des populations aux médicaments essentiels à des prix abordables, tandis que les "marchés de santé" génèrent des fonds pour soutenir la formation en matière de santé.

Par ailleurs, les "marchés de santé" contribuent à la promotion de la santé par le biais de la vaccination, de la pesée des bébés et de la prise de la tension artérielle, ainsi que la vente de produits contraceptifs et de médicaments sans prescription tels que l'aspirine et la nivaquine. Les marchés de santé renforcent aussi les liens sociaux au sein de la communauté en offrant des activités récréatives accessibles à tous.

3. Contraintes

Depuis la mise en place de la stratégie, les comités de santé ont mis en évidence certains problèmes. Des réunions sont régulièrement organisées, mais un relâchement des relations entre les villages, les membres des communautés et les infirmiers des dispensaires semble s'installer. L'ONG attribue ces problèmes au manque de temps et de motivation des infirmiers pour soutenir et superviser les activités du comité de santé; ils sont suffisamment occupés par la responsabilité d'assurer les soins curatifs, ce qui les amène souvent à négliger les activités de mobilisation communautaire. En outre, plusieurs d'entre eux se refusent à collaborer avec les comités de santé nouvellement créés et dont la plupart des membres sont des villageois peu ou non instruits et sans formation médicale préalable. L'absence de rémunération pour les membres des comités de santé a été aussi signalée comme un facteur contribuant à ce problème.

L'ONG suggère, comme solution partielle, le renforcement de la phase de supervision de la stratégie qui est censée s'intégrer au système national et, ainsi relever de la responsabilité des infirmiers. Elle souligne aussi le fait que les infirmiers doivent travailler plus étroitement avec les assistants techniques depuis les étapes préliminaires de la stratégie, afin que leurs nouvelles activités de mobilisation communautaire soient mieux intégrées à leur travail quotidien.

D'autre part, l'ONG indique que l'analphabétisme de la population constitue aussi un obstacle, bien que cet aspect soit pris en compte en intégrant des ateliers d'alphabétisation à la stratégie.

4. Possibilité d'adaptation

L'ONG considère que le grand avantage de la stratégie consiste en son adaptabilité à d'autres types de projets. En effet, la stratégie consistait au départ en un projet de gestion et non un projet de santé. L'essentiel, selon eux, est d'obtenir la participation de la communauté et son désir de prendre en charge ses besoins de santé. Étant donné que les contraintes de la stratégie sont largement imputables à la nature des relations entre les différents acteurs, il y a de fortes chances que les liens solides qui existent déjà entre l'infirmier du dispensaire et la communauté constituent un atout dans le cadre de tentatives d'adaptation. Cela ne veut pas dire que les relations ne sauraient être améliorées ou renforcées grâce à une formation appropriée et une solide structure de supervision.

Ressources nécessaires

L'ONG considère que le coût de la stratégie est proportionnel à la dimension de la communauté cible. Quelle que soit l'étendue de la zone d'intervention, les coûts de base comprendront le transport, le carburant, les salaires, la formation et l'équipement pour l'information, l'éducation et la communication (IEC). Autrement dit, le minimum requis pour l'adaptation de la stratégie pourrait comprendre la participation de la communauté, un dispensaire avec un infirmier, un assistant technique choisi par les leaders communautaires et la création d'un comité de gestion sanitaire.

Quelques-uns des coûts liés à la stratégie sont partagés par les communautés elles-mêmes. Dès le premier atelier auquel il assiste, le participant contribue à l'hébergement du groupe pendant la durée de la formation. Cette contribution — qu'elle soit en espèces ou en nourriture — couvre à peu près 10% des coûts de formation. En outre, près de 25% des activités du comité de santé sont génératrices de revenus dont la majorité provient des journées de marchés de santé, alors que la vente des produits agricoles de la communauté génère également des fonds.

B. Association communautaire du Cameroun

Améliorer le degré de participation des femmes à la solution de leurs propres problèmes de santé et ceux de la communauté contribue au développement communautaire.

— FESADE —

Depuis 1997, une ONG internationale du Cameroun a collaboré, dans deux provinces, avec des groupes au sein de l'église et d'autres associations locales dans deux provinces, à la formation d'agents de mobilisation communautaire en matière de santé de la reproduction et aux techniques d'éducation sanitaire.

L'objectif de l'organisation est de mobiliser les femmes, les hommes et les jeunes au sein des groupes communautaires pour l'utilisation des services de santé de la reproduction et de la promotion de l'utilisation des sels de réhydratation. Les agents de mobilisation communautaire sont des membres de ces mêmes groupes sélectionnés pour participer à un programme de formation intensive.

L'ONG bénéficie aussi des compétences qui existent déjà au sein de la communauté en travaillant étroitement avec les principaux leaders communautaires, les guérisseurs traditionnels, les organisations internationales et les fonctionnaires des ministères.

1. Cadre de la stratégie

L'ONG collabore avec plusieurs couches de la communauté en vue d'exécuter sa stratégie.

Niveau I: Ce niveau se compose de deux comités:

- a) Le comité d'exécution comprend des membres d'organisations locales qui élaborent les plans de travail, identifient les besoins de formation et en équipements.
- b) Le comité consultatif offre un appui technique à la mise en place de la stratégie. Il se compose des leaders locaux, des guérisseurs traditionnels, des fonctionnaires du ministère de la santé et d'organisations internationales.

Niveau II: Le second niveau organisationnel comprend des groupes ou associations locaux travaillant en partenariat avec les ONG en vue de faire passer le message de la stratégie. Les agents de mobilisation communautaire sont choisis au sein de ces groupes. Ils adaptent le message de la stratégie et les équipements aux besoins de leur organisation.

Niveau III: Ce niveau constitue l'audience cible de la stratégie, à savoir les membres des divers groupes et associations des zones d'intervention.

2. Réalisations

Cette stratégie est exécutée dans deux provinces du Cameroun dont la population varie de 30 000 à 50 000 habitants. L'ONG travaille actuellement en partenariat avec 60 groupes ou associations au niveau local; ceux-ci assurent les activités de mobilisation. Chaque groupe se compose de 30 à 100 membres. Le nombre de personnes ayant reçu le message de la stratégie est indéterminé dans la mesure où la population cible comprend à la fois les membres des associations locales et un auditoire plus large ayant accès à des émissions télévisées et radiodiffusées.

Sur une période de neuf (9) mois, de mai 1997 à février 1998, l'ONG a exécuté la phase préparatoire de sa stratégie de mobilisation communautaire. Pendant cette phase, les activités ont compris, entre autres:

- a) les études de base aussi bien qualitatives que quantitatives;
- b) les réunions avec les autorités locales;
- c) la conception des plans de travail;
- d) l'élaboration du programme de formation;
- e) la sélection des superviseurs et des agents de mobilisation communautaire;
- f) la formation des superviseurs;
- g) la formation des agents de mobilisation communautaire;
- h) l'installation des agents de mobilisation communautaire.

Formation et élaboration du matériel

En collaboration avec diverses autorités, l'ONG a élaboré un programme complet de formation des agents de mobilisation communautaire aux techniques de planning familial, de prévention des MST/SIDA, de thérapie de la diarrhée par la réhydratation orale, aux techniques d'animation et de communication de groupe. Ce programme est détaillé dans un guide de formation élaboré par l'ONG. L'objectif pour 1997 était de former 90 agents de mobilisation communautaire et six coordinateurs de district.

Activités des agents de mobilisation communautaire

Une fois la formation achevée, les activités spécifiques des agents de mobilisation dépendent, dans une large mesure, de leur zone d'intervention. En vue d'une adaptation aux besoins de leur auditoire, l'ONG autorise à chaque agent de mobilisation communautaire un certain degré de latitude qui lui permet de diffuser le message de la mobilisation au rythme et en fonction des besoins de son association ou de sa communauté. Les agents de mobilisation de la même région sont encouragés à collaborer aussi bien entre eux qu'avec les établissements sanitaires de leur région.

Leurs activités peuvent comprendre des causeries autour de sujets d'éducation sanitaire, des chants, des pièces de théâtre, du tam-tam et des contes populaires. De plus, les agents de mobilisation distribuent des produits tels que les préservatifs et les sels de réhydratation, et orientent les membres de la communauté vers les établissements sanitaires appropriés pour des consultations, et pour résoudre les problèmes et les questions de santé plus complexes.

3. Contraintes

L'ONG a identifié un certain nombre de contraintes à l'exécution de sa stratégie de mobilisation communautaire. D'une part, elle considère que sa dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds et d'un budget qu'elle estime insuffisant, limite le cadre de ses activités. Elle estime également que des fonds supplémentaires destinés aux agents de mobilisation devraient pouvoir les encourager davantage.

Au nombre des autres contraintes mentionnées dans les documents de l'ONG figurent ce qui suit:

- Quelques membres des églises ont découragé leurs familles et voisins à assister aux causeries sur les questions de santé étant donné que celles-ci traitent des questions de contraception et de SIDA. Les agents de mobilisation ont remédié à ce problème en expliquant, de manière plus exhaustive, la stratégie aux leaders des églises et en faisant du porte à porte dans leur voisinage afin de recruter leur auditoire.

- Il a été reporté le mécontentement d'un certain nombre de clients orientés par les agents de mobilisation communautaire vers des établissements de santé pour des prestations en matière de planning familial. Certains d'entre eux se sont plaints du mauvais accueil du personnel ainsi que d'attentes trop longues pour obtenir des services — telle que l'insertion de Norplant — en raison du manque de personnel compétent. L'ONG collabore avec les établissements de santé afin de corriger ces faiblesses.

- Il existe souvent un déséquilibre entre l'offre et la demande pour les préservatifs et les sels de réhydratation orale, ce qui contribue pour une grande part, au sentiment de frustration des agents de mobilisation communautaire, de l'ONG et de la population cible. L'ONG s'emploie à rechercher des solutions en vue d'améliorer cette situation.

4. Possibilité d' adaptation

La stratégie nécessite:

1. la collaboration des leaders communautaires, des organisations internationales, et des guérisseurs traditionnels dans la conception et l'exécution des activités;
2. les organisations communautaires existantes et ayant une expérience en matière de planning familial, de prévention du VIH/SIDA et des MST;
3. la création d'un système de référence vers des établissements de santé existants.

Etant donné qu'il peut exister au sein de toute communauté, des groupes liés aux églises, aux écoles et des groupes sociaux, la stratégie pourrait être, théoriquement, exécutée presque partout. S'il s'avère nécessaire que les groupes — ou tout au moins un de leurs membres — aient une expérience en matière de prévention du VIH/SIDA et de planning familial, ceci pourrait limiter le nombre

d'organisations avec lesquelles l'ONG peut travailler, à moins qu'elle n'ait les moyens d'offrir une formation à davantage d'agents de mobilisation.

L'existence d'établissements de santé locaux et la création d'un solide système de référence sont des facteurs primordiaux à l'adaptation de la stratégie, dans la mesure où la promotion de mesures de contraception et les changements de comportement en matière de santé nécessitent d'être complétés par une accessibilité aux soins, aux produits et aux informations données par des professionnels de la santé.

Certains des "coûts" de la stratégie, comme indiqué ci-après par l'ONG, peuvent s'avérer être très élevés en vue de l'adaptation, à moins que l'organe d'exécution et la communauté ne soient moins tributaires des bailleurs de fonds, en créant par exemple, des activités génératrices de revenus ou en trouvant d'autres moyens pour compenser leurs dépenses.

Ressources nécessaires

L'ONG a indiqué les ressources matérielles, humaines et financières supplémentaires suivantes comme étant nécessaires à la stratégie:

Ressources matérielles : équipement d'IEC, des contraceptifs, des sels de réhydratation, des pénis artificiels, des diagrammes mobiles, des feutres et des guides de formation, des équipements de bureau dont un ordinateur, une imprimante et une photocopieuse .

Ressources humaines : le personnel de l'ONG composé d'environ une demi-douzaine de travailleurs, deux agents sociaux dans chaque zone dont un assurera des prestations, des agents de mobilisation communautaire membres d'associations locales.

Ressources financières : d'autres catégories de dépenses ont été mentionnées par l'ONG dont la supervision et la maintenance des véhicules et autres équipements. Sur une année, l'ONG a consacré à peu près 27 500 dollars pour l'exécution de la stratégie dans deux zones. Ce montant comprend les coûts de formation, les réunions au sein des communautés et les activités. Ne font pas partie de ce montant, les coûts des outils de supervision et d'élaboration du programme.

C. Dassandaga - Associations villageoises de jeunesse au Burkina Faso

Les jeunes sont les messagers de cette stratégie car ils constituent une ressource inépuisable pour le village qui est, malheureusement, souvent négligée dans la conception de l'intervention.

—Save the Children/USA—

Dassandaga, traduit du Moré, une langue locale du Burkina Faso, signifie marché de jeunes. C'est aussi le nom d'une stratégie de mobilisation communautaire mise en place par une ONG dans une province du Burkina Faso. Grâce à l'énergie et à la motivation des clubs de jeunes, la stratégie Dassandaga transmet au cœur de la vie villageoise — la place du marché — des informations relatives à l'éducation en matière de santé de la reproduction.

La stratégie comprend toute une série d'activités — théâtre, danses populaires et chants en

langue locale — en vue de transmettre les informations relatives à l'éducation en matière de santé de la reproduction et à la promotion de l'usage des préservatifs. Alors que les activités sont gérées par les jeunes qui constituent aussi la principale population cible de l'intervention, la place du marché permet à toutes les couches de la communauté d'accéder à la stratégie.

L'ONG a choisi les jeunes comme véhicule et cible principale de leur intervention pour les raisons suivantes: 1) les jeunes constituent une ressource abondante et disponible dans le village; 2) ils constituent une population à haut risque d'infection par le VIH/MST et de grossesse indésirable; et 3) ils appartiennent à la couche de la population la plus souvent négligée par les concepteurs d'interventions.

1. Cadre de la stratégie

L'ONG estime que les premières phases de la stratégie nécessitent le plus de participation et sont les plus importantes. Les étapes conduisant à la mise en œuvre de la stratégie sont les suivantes:

- a) l'orientation des leaders villageois et de la communauté;
- b) l'identification et la formation des agents de mobilisation communautaire;
- c) l'étude qualitative du milieu,
- d) l'auto-analyse des problèmes par la communauté;
- e) l'identification, le classement par priorité et la planification des activités;
- f) la création de nouvelles organisations — telles que les groupes de jeunes — si nécessaire;
- g) l'exécution des activités;
- h) le suivi, la supervision et l'évaluation;
- I) le réajustement, le cas échéant.

2. Réalisations

La stratégie a démarré en 1993 dans 23 villages d'une province du Burkina Faso. Actuellement, elle est en cours dans 88 villages couvrant une population totale d'environ 120 000 habitants. Au moins trois (3) fois par mois, les clubs organisent un ensemble d'activités éducatives en matière de santé et sociales sur la place du marché local. Dassandaga démarre la journée par des chants et des pièces de théâtre dans la langue locale, et se poursuit la nuit par de la musique populaire, de la danse et la projection de films, ce qui permet à la stratégie d'atteindre divers groupes au sein de la population qui arrivent au marché à différents moments.

Formation

Les 10 à 15 jeunes qui composent chaque club Dassandaga, reçoivent une formation de trois (3) jours sur le SIDA et les MST, la gestion financière et la vente de préservatifs. Les sessions de formation sont dispensées par les agents de santé villageoise du dispensaire local. A ce jour, près de 880 jeunes ont bénéficié de cette formation et travaillent dans des clubs. Dans le cadre de la stratégie, il y a aussi 12 agents sanitaires des dispensaires qui travaillent comme formateurs ou superviseurs.

Réponse de la communauté

L'ONG estime que les activités de Dassandaga sont devenues si populaires que des foules immenses reçoivent une formation à l'occasion de chaque événement. Au départ, l'ONG suggérait

la stratégie aux communautés. Aujourd'hui, Dassandaga est populaire et respectée. Ce sont souvent les villages eux-mêmes ou l'administrateur médical du district qui contactent l'ONG pour demander son assistance dans la mise en place d'activités de Dassandaga au sein de leurs communautés.

3. Contraintes

Ironiquement, la place du marché est à la fois la clé du succès et justifie certaines faiblesses de la stratégie dont les principales sont:

- Les activités de Dassandaga attirent en fait un si grand nombre de personnel, qu'il n'est pas garanti que tous les membres de l'assistance voient et entendent tout ce qui se passe.
- En dépit du fait que les femmes représentent la majorité des vendeurs au marché, la coordinatrice du projet signale qu'elles n'assistent pas en grand nombre aux activités de Dassandaga. Elle attribue ce phénomène à leur réticence ou à l'impossibilité pour elles de laisser leurs tâches. Et, bien qu'elles soient invitées à participer à toutes les phases de la planification, ces femmes ne sont pas assez impliquées dans le processus de la planification au-delà de la phase de l'auto-analyse. Compte tenu de leurs responsabilités au niveau de la vente des produits au marché, des travaux agricoles, de la préparation de la nourriture ou de l'éducation des enfants, il leur est très difficile de trouver du temps à consacrer aux réunions.
- Un autre point faible est que certains estiment que la place du marché est un lieu trop public pour y discuter des problèmes aussi personnels que la santé de la reproduction ou pour y acheter des préservatifs en présence de la communauté.

Le coordinateur de la stratégie pense que l'un des moyens de surmonter cette contrainte serait de tenir les activités de Dassandaga dans les environs du village plutôt que sur la place du marché. Ce faisant, les foules seront ramenées à des proportions plus gérables, mais cela exigerait certainement, la tenue, plus de trois (3) fois par mois, des activités afin d'atteindre tout le voisinage du village. Il reste aussi la question de savoir si la stratégie pourrait toujours attirer le même nombre de spectateurs si les activités se déroulaient sur plusieurs jours et en différents lieux.

En ce qui concerne le second point faible, il convient de noter que si les activités devaient se dérouler ailleurs qu'au marché, elles devront être minutieusement programmées en vue de ne pas perdre le peu de femmes qui y assistent. Quoiqu'il en soit, le coordinateur réfléchit à des solutions telles que celle de travailler plus étroitement avec les associations féminines pour choisir des périodes plus propices à la participation des femmes.

Afin de surmonter la dernière contrainte, les jeunes procèdent, si nécessaire, à des visites à domicile en vue de faire passer leur message ou vendre les préservatifs dans un cadre plus discret.

4. Possibilité d'adaptation

Cette stratégie a été adaptée par l'ONG au sein de plus de 80 communautés. Elle semble être une stratégie assez simple à adapter pour les raisons suivantes: 1) les associations de jeunes existent dans la plupart des communautés ou peuvent être créées; 2) elle ne nécessite qu'une brève formation et elle est menée par l'agent de santé local qui a déjà des connaissances en matière de santé de la reproduction; 3) la stratégie est très bien acceptée, particulièrement par la population cible; 4) ses activités génèrent des fonds, si bien que l'ONG n'a fait mention d'aucun échec au niveau de l'exécution; il est permis de croire que la stratégie pourrait échouer si le club de jeunes ne gérait pas bien

ses activités ou s'il n'y avait pas une étroite collaboration avec les agents de santé.

Ressources nécessaires

Ressources humaines: la stratégie Dassandaga requiert, surtout, la participation des leaders communautaires, des agents de santé et des jeunes de 10 à 15 ans dans chaque village. Parmi les jeunes membres de clubs, l'ONG demande à ce qu'au moins deux (2) ou trois (3) soient instruits et que la moitié d'entre eux soit des filles. S'il n'est pas nécessaire d'avoir un dispensaire dans les environs, il est cependant nécessaire d'avoir un agent de santé maîtrisant parfaitement les problèmes de santé de la reproduction en vue de former et de superviser des clubs de jeunes.

Ressources matérielles: la stratégie nécessite un stock de préservatifs à distribuer et tout équipement qui pourrait être utilisé dans le cadre des activités de Dassandaga. Selon le type d'activités, les clubs de jeunes pourraient avoir besoin d'un système de sonorisation, d'un appareil vidéo et d'un poste téléviseur. Il est entendu que plusieurs activités — tels que le théâtre, les chants traditionnels ou les causeries autour de questions de santé — peuvent se dérouler sans recourir à des équipements électroniques lorsque l'assistance n'est pas très nombreuse.

Ressources financières: actuellement, l'ONG fournit gratuitement aux clubs de jeunes tout l'équipement électronique nécessaire. A partir de décembre 1998, le rôle de l'ONG dans le projet Dassandaga prendra fin, et elle espère que bientôt les clubs de jeunes disposeront suffisamment de ressources pour commencer à acheter ou à louer leurs propres équipements afin de maintenir leurs activités. Les ressources financières proviendront des revenus générés par le projet grâce aux ventes de préservatifs et de tickets d'entrée aux manifestations de danses populaires. Suite à la mise en œuvre de la stratégie, les clubs de jeunes ont tiré suffisamment de bénéfices de ces deux activités, dans le but d'autofinancer le projet, une fois que l'ONG se sera retirée. Les préservatifs sont vendus aux clubs de jeunes à un prix très réduit, et ils sont revendus au sein de la communauté avec un bénéfice marginal (une partie de ce revenu peut être retenu par les membres du club à titre de rémunération incitative en échange de leur travail). Les prix des tickets pour les spectacles de danses qui sont très demandés, constituent l'essentiel du revenu des clubs.

D. animateurs en matière de prévention du SIDA au Mali

Le cadre général de la stratégie est défini par avance, mais le résultat final dépend de l'adoption. La faculté d'adaptation est primordiale en vue de la satisfaction de ses besoins.

— Plan International, Mali —

Dans trois (3) provinces du Mali, plus de 50 ONG ont obtenu l'appui d'une ONG internationale à leurs propositions innovatrices de mise en place d'activités liées à la prévention du SIDA dans les régions où elles interviennent actuellement. Les ONG locales conçoivent leur propre proposition de programme d'intervention contre le SIDA. Cette proposition est ensuite examinée par l'ONG internationale. Une fois l'appui de l'ONG internationale obtenu, chaque partenaire local désigne des animateurs en vue de collaborer avec les membres de leur communauté pour la tenue de causeries éducatives sur la prévention du SIDA. La stratégie de chaque organisation tire sa spécificité du lieu, et des mesures de mise en place, et de la population ciblée, ce qui varie très souvent d'une ONG à l'autre, en fonction des besoins de la communauté cible.

Alors que 80 % des propositions appuyées par les ONG internationales sont liées à des projets au sein des communautés villageoises, le reste est consacré à des cadres et objectifs moins clas-

siques. Certaines propositions ont ciblé des populations qui se déplacent tels que les chauffeurs routiers et les travailleurs migrants, tandis que d'autres ont visé des communautés dont une partie de la population a des comportements à haut risque tels la scarification, l'excision et les tatouages. Parfois, une proposition soumise par un partenaire local est liée à un projet déjà en cours au sein de sa communauté. L'adaptation des activités de l'ONG internationale en vue de satisfaire les besoins de la communauté est essentielle pour la réussite de la stratégie.

1. Cadre de la stratégie

La stratégie comprend deux processus de mise en place dont l'un revient à l'ONG internationale et l'autre à ses partenaires, c'est-à-dire aux ONG travaillant au niveau de la communauté. En ce qui concerne l'ONG internationale, les étapes de la mise en place consistent à :

- a. publier une annonce en vue d'inviter les partenaires locaux à soumettre des propositions de projets;
- b. identifier la zone d'intervention en fonction des facteurs épidémiologiques et sociaux (par exemple, la prévalence de l'infection par le VIH/SIDA, de la prostitution, les déplacements de population, etc.);
- c. rassembler les informations de base qualitatives et quantitatives;
- d. sélectionner les propositions soumises par les partenaires;
- e. former les animateurs des ONG en matière de collecte d'informations de base sur le SIDA, de techniques de gestion et de moyens pour faciliter les causeries éducatives sur la santé;
- f. mettre en place les activités;
- g. superviser les activités;
- h. évaluer.

Entre les phases de formation et d'exécution mentionnées ci-dessus, les ONG dont les propositions ont été acceptées ont pour fonction:

- a. d'identifier les communautés cibles de la zone d'intervention;
- b. de tenir des réunions avec les leaders en vue d'expliquer et de discuter la stratégie;
- c. d'aider la communauté à choisir des intermédiaires — un homme et une femme — résidant au sein de la communauté, et qui assisteront les animateurs dans leurs activités;
- d. de former les intermédiaires communautaires pour la gestion des stocks de préservatifs et la collecte d'informations de base sur le SIDA;
- e. de collaborer avec la communauté à l'élaboration d'un plan de travail.

L'ONG internationale estime que l'importance de la participation de la communauté dépend en réalité de l'intérêt suscité auprès des leaders à l'issue du premier contact. Avant de discuter du message de la stratégie et du rôle de la communauté dans la stratégie, les ONG utilisent des moyens de divertissement — tels que les films, les vidéos et le théâtre populaire — afin de mettre les leaders à l'aise et de faciliter la conversation qui doit suivre.

2. Réalisations

La stratégie a démarré en 1995 et est actuellement en cours dans 1 500 villages/communautés dans trois (3) régions du Mali. L'ONG internationale travaille en partenariat avec 52 ONG locales opérant déjà dans les zones d'intervention. Chaque animateur travaille dans 10 à 15 villages, au rythme de deux à trois animations par mois et par village, ce qui représente un total de plus de 3 000 animations par mois sur les trois (3) régions. Par ailleurs, chaque village choisit deux (2) intermédiaires communautaires qui assistent les animateurs dans les causeries sur les questions de santé et les ventes de préservatifs. Potentiellement, la stratégie peut atteindre 1 500 000 habitants dans les zones d'intervention.

Activités des animateurs et des intermédiaires communautaires

Les activités fondamentales des causeries éducatives sur la santé sont identiques d'une communauté à l'autre. Cependant, les animateurs et les intermédiaires communautaires sont toujours prêts à adapter la stratégie aux besoins de leur auditoire. Par exemple, au cas où des gens éprouvent une réticence à discuter du SIDA en groupe, les animateurs procèdent à des visites à domicile pour discuter en privé et vendre des préservatifs. Parfois, les animateurs délivrent leur message dans les bars ou d'autres lieux fréquentés par les prostituées et leurs clients. Souvent, les causeries sont renforcées par des supports audiovisuels tels que des vidéocassettes et des fiches mobiles ou par une pièce de théâtre populaire jouée par les jeunes gens du village.

Formation

Les animateurs et les intermédiaires communautaires reçoivent chacun une formation de base en matière de prévention du SIDA, en techniques d'animation des causeries sur les questions de santé, de gestion des stocks (préservatifs) et des fonds. Le personnel de l'ONG internationale forme les animateurs qui ont déjà de l'expérience en matière de prévention du SIDA et d'animation des causeries éducatives. Les animateurs, à leur tour, forment les agents communautaires. L'essentiel de la formation des intermédiaires communautaires concerne la gestion des stocks, puisque ce sont eux qui sont chargés de la vente des préservatifs au sein de la communauté. En tout, plus de 3 000 membres de la communauté ont été formés et travaillent actuellement dans le cadre de la stratégie.

3. Contraintes

L'ONG de coordination estime que la stratégie présente trois (3) faiblesses principales:

- la longueur du processus, qui en commençant par la recherche de propositions jusqu'à la mise en œuvre effective au sein de la communauté, peut durer un an;
- les ONG locales ne travaillent généralement pas en partenariat avec les autorités sanitaires (publiques) locales;
- le thème sanitaire de la stratégie — le SIDA — est trop vertical et, généralement, ne consti

tue pas la principale priorité de la communauté.

Le dernier point faible relève d'une certaine importance du fait que la philosophie de l'ONG internationale exige une adaptation des activités en vue de satisfaire aux besoins de la communauté. Elle s'estime limitée à certains thèmes imposés par les directives des bailleurs de fonds qui ne correspondent pas toujours aux préoccupations majeures de la communauté. Etant donné que plusieurs de ses communautés cibles sollicitent finalement de l'assistance dans d'autres secteurs, l'ONG internationale se prépare à cette éventualité de deux manières:

- elle cherche souvent auprès des partenaires locaux, des propositions qui associent la prévention du SIDA à des projets déjà en cours dans d'autres secteurs;
- elle essaie de réserver un petit pourcentage de chaque budget alloué aux communautés (environ 10 %) en vue de faire face à des demandes supplémentaires de la communauté au cours du projet.

Les contraintes relatives à la longueur du processus et à la collaboration avec les ministères attendent d'être résolues.

4. Possibilité d'adaptation

En vue d'adapter cette stratégie, l'organe d'exécution doit collaborer avec au moins une ONG locale intervenant déjà dans la zone. Le partenaire local doit soumettre une proposition innovatrice concernant l'intégration des animateurs en matière de prévention du SIDA dans les activités de la communauté. Il doit aussi répondre aux critères suivants: avoir des animateurs qui parlent la langue de la zone d'intervention; avoir quelques animatrices; n'avoir aucun préjugé sur le SIDA ou sur les gens atteints du VIH/SIDA.

Les activités telles que les causeries et les séances théâtrales peuvent être entreprises sans équipement particulier. Cependant, elles seront renforcées par l'utilisation de fiches mobiles, de vidéocassettes et d'un poste téléviseur. L'ONG internationale fournit dans ce cas, des motocyclettes aux animateurs pour leurs déplacements. Ceci ne s'impose pas si une organisation veut exécuter la stratégie dans une zone d'intervention réduite ou dans une zone où les moyens de transport sont disponibles. Par ailleurs, une organisation pourrait envisager de mettre en place la stratégie au sein de communautés moins nombreuses que celles présentées dans ce document et, ce qui par la même occasion, pourrait réduire les coûts.

Ressources nécessaires

L'ONG de coordination indique que le coût annuel actuel de la stratégie s'élève à environ 14 000 000 FCFA (plus de 23 000 dollars), dont 4 000 000 FCFA (à peu près 6 000 dollars) couvrent les dépenses liés aux motocyclettes, aux équipements IEC et au matériel électronique, et 10 000 000 FCFA (plus de 16 000 dollars) au titre des salaires, du transport et d'autres dépenses. L'ONG estime que pour pratiquement le même investissement, elle pourrait monter un projet plus réduit et plus concentré, qui fonctionnerait mieux et sur une plus longue durée. Elle estime aussi que pour pratiquement le même montant, la stratégie pourrait être intégrée à d'autres secteurs et, ainsi, répondre à d'autres besoins de la communauté.

E. Pair-éducateurs pour la prévention du SIDA au sein des communautés migrantes

Les systèmes de transport, surtout par voie terrestre, qui assurent les mouvements des populations d'un pays à l'autre, jouent un rôle important dans la propagation du SIDA.

— Etude d'Africare, Burkina Faso —

Une ONG internationale, en collaboration avec plusieurs partenaires internationaux et locaux, a assuré la coordination d'une stratégie de mobilisation ambitieuse ciblant des communautés très mobiles — chauffeurs routiers, travailleurs saisonniers migrants, et prostituées. Le but de la stratégie est de réduire la propagation du VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles au sein de la population cible à travers une campagne d'information et de commercialisation collective de préservatifs. La stratégie est unique par sa zone d'intervention — l'axe principal reliant la Côte d'Ivoire au Burkina Faso. Etant donné que les chauffeurs routiers et les travailleurs saisonniers migrants se déplacent sur cet axe, ils rencontrent des prostituées à tous les nombreux arrêts de véhicules et les bars entre les deux pays. Ainsi, cette autoroute devient-elle un important moyen de dissémination du VIH et des MST. Une des activités majeures de la stratégie consiste à recruter et à former des prostituées comme paire-éducatrices et distributrices de préservatifs.

L'ONG internationale indique que dans l'exercice de son rôle de coordination de la stratégie, elle collabore étroitement avec les programmes nationaux de prévention du SIDA de la Côte d'Ivoire et du Burkina Faso, ainsi que le Projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS), et fournit un appui aux partenaires locaux sur le terrain. Ce sont les partenaires locaux qui s'occupent principalement de la gestion quotidienne de la stratégie.

1. Cadre de la stratégie

L'ONG internationale collabore étroitement avec les partenaires locaux sur le terrain en vue de mettre en œuvre la stratégie. Ses partenaires sont minutieusement choisis, ainsi que les sites d'intervention et les populations cibles prioritaires, selon les résultats de deux études. Une fois le choix effectué, l'ONG collabore avec les partenaires locaux dans l'élaboration du plan de travail, phase de la stratégie qui nécessite le plus de participation. Le cadre général se présente comme suit:

- a. collecte de données qualitatives et quantitatives;
- b. rencontre avec les autorités locales afin de discuter des objectifs de la stratégie;
- c. collaboration avec les partenaires locaux dans l'élaboration du plan de travail;
- d. sélection et formation des paire-éducatrices par les partenaires locaux;
- e. formation des superviseurs locaux;
- f. exécution des activités;
- g. suivi et évaluation mensuels.

2. Réalisations

Formation

Depuis le mois de septembre 1997, la stratégie a formé 78 nouvelles paire-éducatrices et en a retenu 70 qui ont commencé à travailler l'année dernière. Au total, la stratégie occupe approximativement 150 paire-éducatrices. Celles-ci sont choisies par les partenaires locaux. En outre, chaque partenaire local désigne des membres de son personnel qui doivent superviser les sites d'intervention. Chacun des 14 superviseurs est responsable de 10 à 14 paire-éducatrices et possède une expérience préalable en matière de prévention du SIDA.

Activités

La stratégie se compose de trois (3) types d'activités éducatrices — causeries éducatives formelles, causeries éducatives informelles et mass média. Les causeries formelles comprennent, pour une grande part, des animations organisées auxquelles participent les membres de la communauté cible. Les participants sont informés sur les vecteurs de l'infection et les moyens de prévention du VIH/SIDA et des MST avec l'appui des outils pédagogiques développés pour les groupes cibles de l'ONG — les routiers, les travailleurs saisonniers et les prostituées. Les causeries comprennent aussi des démonstrations sur l'utilisation correcte des préservatifs comme moyen de prévention. Les causeries informelles comprennent les conversations, toutes aussi fortuites qu'elles soient, au cours desquelles les paire-éducatrices — ou une personne ayant assisté à l'une des animations -- partagent avec les autres des informations sur la prévention du SIDA et des MST, et sur l'utilisation du préservatif.

L'ONG signale que les paire-éducatrices ont organisé plus de 1 300 causeries éducatives formelles entre septembre 1997 et juin 1998. Elle estime aussi à près de 16 000 le nombre de chauffeurs routiers, de prostituées et d'ouvriers agricoles qui ont participé aux sessions éducatives pendant la même période. Il existe un nombre indéterminé de personnel ayant reçu le message de la stratégie de façon informelle.

Depuis septembre 1997, plus de 127 spots télévisés et 468 émissions radiophoniques ont été diffusés en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso. Il est aussi prévu d'installer plusieurs panneaux éducatifs sur les axes majeurs reliant les deux pays.

Points de vente des préservatifs

L'un des principaux buts visés par les causeries éducatives et les annonces faites par les médias est de réduire la dissémination de VIH/SIDA et des MST par le renforcement de l'utilisation des préservatifs. Bien sûr, ce message doit être accompagné de prestations de service en vue de faciliter le changement attendu de comportement. En d'autres termes, les préservatifs doivent être facilement accessibles et à bon marché pour la population cible. Ce but peut être atteint en mettant les préservatifs à la disposition des paire-éducatrices à un prix abordable. Chaque paire-éducatrice constitue ce que l'ONG appelle un point de vente. Cependant, un point de vente pourrait aussi être un kiosque spécifiquement destiné à la vente de préservatifs, une boutique ou une boîte de nuit qui se trouve déjà aux abords de l'axe d'intervention. Pendant les neuf (9) premiers mois de l'exercice budgétaire 1998, plus de 200 points de vente de préservatifs ont été créés ou renforcés. Pendant la même période, plus de 350 000 préservatifs ont été vendus.

3. Contraintes

La stratégie a pour principal point faible, la même cause qui contribue au risque élevé d'infection par le VIH/SIDA de la communauté cible, à savoir les fréquents déplacements. Les partenaires de l'ONG choisissent des prostituées/paire-éducatrices qui semblent stables et fiables, puis investissent dans leur formation, pour ne laisser que quelques-unes d'entre elles quitter la zone d'intervention à la recherche d'argent. Bien que les paire-éducatrices tirent un bénéfice marginal de la vente des préservatifs, cette compensation ne suffit pas à les empêcher de chercher d'autres clients à d'autres endroits. Etant donné que leur activité est de nature économique, l'ONG de coordination réfléchit à d'autres solutions pour les maintenir en place tout en continuant à jouer leur rôle de paire-éducatrices.

Une autre contrainte mentionnée par l'ONG est la réticence manifestée par certaines personnes, à acheter des préservatifs en public dans les points de vente. Afin de surmonter ce problème, les prostituées/paire-éducatrices qui sont en possession d'un stock de préservatifs et qui ont reçu des explications concernant leur utilisation, sont encouragées, le cas échéant, à mener leurs activités en des lieux plus discrets.

4. Possibilité d' adaptation

La stratégie vise une population spécifique — les chauffeurs routiers, les travailleurs saisonniers migrants et les prostituées. Etant donné que les prostituées ont des contacts fréquents à la fois avec les chauffeurs routiers et les travailleurs migrants, et qu'elles sont susceptibles de connaître les uns et les autres, le choix des prostituées comme paire-éducatrices pour les trois groupes cibles au sein de cette communauté particulière semble logique. La stratégie de base — l'utilisation des paire-éducatrices pour faire passer l'information relative aux questions de santé et vendre des préservatifs— peut être adaptée au sein de n'importe quel type de communauté. Il est évident que le choix des pair-éducateurs dépendra de la population cible de la stratégie. Comme stipulé plus haut, il est nécessaire d'établir des points de vente de préservatifs, et ces préservatifs doivent être accessibles et à un prix abordable.

Ressources nécessaires

Les équipements d'information, éducation et communication (IEC) tels que les T-shirts, les posters, les boîtes à images, les livrets, les pénis en bois pour les démonstrations sur l'utilisation des préservatifs, etc., sont nécessaires pour appuyer les causeries éducatives. Bien que la communication de masse contribue au renforcement du message de la stratégie et atteint un auditoire plus large, les animations par les pair-éducateurs peuvent aussi se faire de façon autonome, en marge de cette activité.

Selon l'ONG, l'élément essentiel à retenir dans l'adaptation de la stratégie est la quantité suffisante des ressources requises pour la formation et le recyclage des pair-éducateurs. Par ailleurs, il existe encore un réel besoin d'octroyer aux pair-éducateurs une compensation financière. L'ONG de coordination ignore actuellement quelle solution apporter à ce problème, ou s'il est possible de le résoudre sans accroître le coût de la stratégie.

F. Planning familial à base communautaire pour les femmes et les enfants

La distribution à base communautaire est considérée comme la stratégie la plus appropriée en vue d'atteindre, dans un pays, tous les segments de la population qui constituent la cible idéale du planning familial

—AMPPF, Mali —

Depuis 1995, une organisation non gouvernementale du Mali assure la promotion du planning familial et de la prévention des MST/SIDA par l'éducation sanitaire et la distribution à base communautaire des contraceptifs, en mettant un accent particulier sur les femmes et les jeunes.

L'organisation intervient dans six (6) régions du pays en utilisant un ensemble de techniques d'information, éducation et communication (IEC), y compris les médias traditionnels et modernes, les visites à domicile, les causeries éducatives et les films en vue d'accroître les connaissances sur les services de planning familial et d'encourager la demande pour ces services. Afin de répondre à la demande croissante, qui fait suite aux activités d'IEC, la stratégie prend en compte les orientations vers les centres de santé locaux pour les consultations et la distribution de préservatifs, de pilules et de spermicides.

Les principaux animateurs de la stratégie sont des agents de distribution à base communautaire et des jeunes pair-éducateurs. Y participent aussi les membres d'un comité national de femmes.

1. Cadre de la stratégie.

L'ONG a pour philosophie fondamentale d'impliquer la communauté dans toutes les étapes de la stratégie. Ces étapes sont les suivantes:

- a. le contact préliminaire avec la communauté en vue d'observation et de discussion;
- b. les études qualitatives et quantitatives;
- c. l'identification des problèmes;
- d. le classement des problèmes par ordre de priorité;
- e. l'analyse et la recherche des différentes stratégies d'intervention;
- f. la segmentation des groupes cibles et la définition des objectifs;
- g. l'exécution;
- h. l'évaluation;
- i. le réajustement, si nécessaire.

L'ONG considère le premier contact avec la communauté comme l'étape qui requiert le plus de participation et la plus déterminante de la stratégie. La rencontre préliminaire facilite la compréhension du problème chez les leaders et permet d'expliquer comment la stratégie pourrait aider leur communauté.

Bien qu'elle considère la première étape comme étant déterminante, l'ONG précise que l'élaboration de l'intervention constitue la phase la plus dynamique. C'est à ce stade que la communauté détermine la population cible et procède soigneusement à la répartition de groupes homogènes en segments ayant des besoins similaires. Par exemple, une intervention qui cible des jeunes pourrait comprendre un segment de jeunes de 10 à 14 ans et un autre segment composé de jeunes de 15 à 20 ans, avec des objectifs appropriés pour chaque segment.

2. Réalisations

L'intervention se déroule dans six (6) zones principales du Mali et deux autres zones qui sont géographiquement difficiles d'accès. Chacune des six (6) zones principales compte à peu près 30 agents de distribution à base communautaire, ce qui représente approximativement un agent pour 5 000 habitants. Les deux zones difficiles d'accès sont couvertes par plus de 120 agents de distribution à base communautaire; si possible, les agents opèrent par couple — un homme et une femme. Les six (6) zones principales représentent au total plus de 200 villages et plusieurs banlieues urbaines et villes.

Les jeunes, qui constituent la principale cible de la stratégie, bénéficient de la présence de pair-éducateurs dans la moitié des zones d'intervention. Il existe actuellement 240 pair-éducateurs adolescents opérant dans trois des régions.

Les femmes sont aussi les bénéficiaires de l'intervention. Pour la défense de leurs intérêts, un comité national de femmes travaille dans toutes les régions d'intervention. Le comité est composé de plus de 100 femmes très influentes pratiquant diverses professions. Elles mettent à profit leur influence et leur connaissance de la culture et des questions féminines, pour éclairer d'autres femmes maliennes sur les options, les services et les produits du planning familial.

Il existe un grand nombre de membres au sein de chaque communauté, tels que les leaders religieux et les agents de santé, qui participent aussi aux diverses activités et fournissent un appui à la stratégie. Par ailleurs, des superviseurs, des animateurs et des coordinateurs portent le nombre total des acteurs à près de 600. L'ONG estime que la stratégie peut atteindre près de 60 000 personnes dans chacune des six zones principales d'intervention.

Formation

Les premières personnes à former dans le cadre de la stratégie sont les leaders communautaires. Pendant une période de quatre à cinq jours, ils reçoivent des informations sur la santé de la reproduction et discutent de la nécessité de la stratégie et de son impact au sein de leur communauté avant d'en décider la mise en place.

Les principaux animateurs — les pair-éducateurs et les agents de distribution à base communautaire — reçoivent une formation intensive de 12 à 15 jours en matière de santé de la reproduction, d'IEC, de techniques de distribution communautaire et de collecte de données statistiques telles que le nombre de naissances, les MST, etc. Les membres du comité national des femmes reçoivent une formation de base de trois à quatre jours aux techniques d'information, éducation et communication.

A ce jour, près de 240 pair-éducateurs ont été formés, ainsi que 300 agents de distribution à base communautaire. Il est prévu de doubler le nombre d'agents de distribution à base communautaire dès que 327 autres agents auront été formés cette année.

Activités

Les pair-éducateurs pour les jeunes et les agents de distribution à base communautaire ont toute une gamme d'activités au nombre desquelles figurent diverses techniques d'IEC, le conseil, le remplissage des cartes de rendez-vous pour les consultations au centre de santé local, l'enregistrement des naissances ou des MST, et la distribution des préservatifs, des pilules et des spermicides.

Les agents de distribution à base communautaire occupent déjà des positions influentes au sein de leur communauté telles que celles de griots, de cadres religieux, de guérisseurs traditionnels et d'artistes, et ils en profitent pour faire passer le message de la stratégie par divers moyens comme la danse, les chants, les contes, etc.

Le comité national des femmes joue essentiellement un rôle de promotion dans le cadre de la stratégie. Les membres influents mettent à profit leur position pour parler aux femmes maliennes de santé de la reproduction, de planning familial et de méthodes de contrôle des naissances.

Les activités de supervision se situent à trois niveaux: national, régional et local. Une équipe nationale entreprend des missions de supervision tous les six (6) mois, tandis que l'équipe régionale l'effectue tous les trois (3) mois et l'équipe locale tous les mois. Il y a au total 13 superviseurs dans le programme de distribution à base communautaire et un coordinateur dans chaque région.

3. Contraintes

Bien que deux (2) évaluations soient pratiquées dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie, l'ONG indique que cette phase constitue le point le plus faible du processus. Elle estime que l'étape d'évaluation n'a pas été bien adaptée à l'environnement communautaire, ce qui a eu pour conséquence de donner une fausse interprétation des perceptions des communautés sur le projet. En outre, elle pense que les bailleurs de fonds ont tendance à mettre davantage l'accent sur les résultats quantitatifs que sur les résultats qualitatifs. Etant donné que les bailleurs de fonds ne sont pas présents sur le terrain, il existe un bon nombre de preuves qualitatives qui démontrent le succès du projet, qu'ils ne trouvent pas dans les rapports statistiques et qui leur échappent.

L'ONG se sent aussi limitée par son incapacité à adopter une approche multisectorielle de nature à répondre à plusieurs besoins au niveau des communautés, tout en renforçant l'acceptation et la pérennité du projet.

L'ONG suggère le renforcement de ses contacts avec les partenaires d'aide en vue de résoudre ces problèmes, surtout en multipliant le nombre des activités de ses partenaires sur le terrain. Par ailleurs, elle pense qu'il serait utile de procéder à une formation en vue d'améliorer les techniques d'évaluation.

4. Possibilité d'adaptation

Des projets sont en cours en vue d'accroître le nombre de villages concernés par la stratégie en recrutant plus de 300 nouveaux agents. Les principaux mobilisateurs dans le cadre de la stratégie — les agents et les pair-éducateurs au niveau des jeunes — sont les membres de la communauté qui n'ont pas nécessairement une expérience en matière de santé de la reproduction. Ceci constitue un atout qui permet d'adapter la stratégie dans n'importe quelle communauté, pourvu que les conditions suivantes soient remplies: 1) la communauté entreprend le choix minutieux de candidats matures, gentils et totalement dévoués à leur rôle d'animateurs communautaires, et 2) une formation intensive est dispensée en vue de donner aux nouveaux animateurs les capacités techniques requises pour effectuer leur travail.

Etant donné le caractère sensible du message délivré par la stratégie, la compréhension et l'acceptation de l'intervention par les leaders communautaires demeurent aussi essentielles. Il en est de même pour l'existence d'une structure sanitaire et d'un système d'orientation par lequel la population peut avoir accès à davantage de produits, de conseils et de services.

Ressources nécessaires

Les équipements d'IEC et les moyens de transport destinés aux agents de distribution à base communautaire sont aussi des ressources nécessaires à la stratégie. L'ONG estime le budget annuel actuel de la stratégie à un montant de 100 000 000 FCFA (à peu près 166 000 dollars) dont 75 % de ce montant est alloué par les partenaires internationaux. Le gouvernement malien contribue par le financement des produits contraceptifs et, partout où cela s'avère possible, les communautés contribuent sous forme de cotisations en espèces ou de travail physique.

IV. CONCLUSION

Le présent document décrit un échantillon de stratégies en matière de mobilisation communautaire dans un certain nombre de pays d'Afrique occidentale et centrale. Les exemples présentés illustrent les diverses méthodes utilisées par les organisations dans leur travail avec les communautés en vue de les aider à améliorer leurs conditions de santé. Chaque intervention met en œuvre des activités spécifiques à différents niveaux de la communauté. Chaque stratégie présente des points forts qui pourraient contribuer à la pérennité du projet même après le retrait de l'organisme d'exécution/de financement. En même temps, chaque stratégie présente des contraintes ou points faibles à surmonter.

Les études de cas soulèvent des questions pertinentes relatives à la différence de rôles entre les communautés et les organismes d'exécution. Les organisations qui désirent lancer une stratégie de mobilisation communautaire devraient tenir compte des aspects tels que les méthodes de conception de leur stratégie et leur rôle de coordination tout en comptant sur les partenaires locaux pour l'exécution des activités sur le terrain. Les partenaires locaux ont pour avantage dans ce cas, de connaître la langue et les pratiques culturelles de la population cible et, en même temps, d'être connus et d'inspirer confiance. Une autre question serait de savoir si l'organisme d'exécution préfère adopter une approche plutôt participative. Le niveau des ressources financières sera décisif dans la conception de la stratégie.

Les organisations devraient aussi déterminer qui, au sein de la communauté, doit participer à la stratégie et comment. Sur toute la durée de la stratégie, certaines organisations choisissent de maintenir un équilibre des rôles entre elles et la communauté. D'autres voudront encourager la communauté à exécuter elle-même la plupart des activités dès le départ ou, tout au moins, la guider tout au long du processus, jusqu'à ce qu'elle soit à même de gérer toute seule le projet. De telles décisions sont particulièrement importantes au moment de l'identification des besoins de formation. Ce sont aussi des questions qui peuvent influencer sur l'engagement de la communauté vis-à-vis de la stratégie et, à terme, sur son impact et sa pérennité.

Quelques-unes des études de cas présentées avaient un cadre assez étendu, impliquant des milliers de membres communautaires dans le processus de mobilisation. En général, les organisations sont limitées par les ressources mises à leur disposition, qu'elles soient financières, humaines ou matérielles. Cependant, l'organisation peut trouver le moyen d'adapter la stratégie à sa propre situation, en déterminant le minimum requis pour la mise en place de la stratégie, les moyens d'utiliser les ressources existantes et l'ampleur réaliste à donner à la stratégie sur cette base.

Les organisations doivent aussi chercher à savoir comment la stratégie peut utiliser les structures communautaires existantes, et s'il est nécessaire d'en créer de nouvelles. Par exemple, si une organisation essaie d'intégrer l'évaluation de la stratégie à celle du système sanitaire existant, les agents de santé locaux accepteraient-ils volontiers les nouvelles responsabilités ? Les organisations doivent chercher à savoir comment l'utilisation des structures nouvelles ou existantes sera intégrée à la hiérarchie et aux pratiques quotidiennes déjà en place au sein de la communauté.

Enfin, la question que plusieurs organisations semblent négliger est: "Qu'est-ce qui constitue une communauté ?" Bien que toutes les études de cas présentent des stratégies de mobilisation communautaire, elles présentent plusieurs concepts différents de la notion de communauté. Par exemple, la plupart des études ne visent pas un village ou une petite ville, mais plutôt des segments spécifiques d'une large communauté. Souvent, ceux-ci s'avèrent être les segments qui ont le plus grand besoin d'une intervention — tel que le révèle la recherche de base effectuée par l'organisation. Il est évident

que, ceci est nécessaire en vue d'adapter le message de la stratégie aux besoins de chaque segment. Les interventions les plus singulières visent des populations auxquelles on ne prête pas tout de suite attention lorsqu'on mentionne la "communauté", à savoir les groupes tels que les chauffeurs routiers ou les prostituées dont les trains de vie plutôt animés, les mettent en marge de la communauté à proprement dite.

Il ressort des études de cas qu'étant donné que les stratégies de mobilisation communautaire peuvent revêtir diverses formes, elles ont un grand potentiel d'adaptation aux besoins spécifiques de chaque communauté. Plus la stratégie est adaptable, plus elle est susceptible d'être reproduite au sein d'autres communautés. Selon les dires de quelques-unes des ONG qui ont participé à l'étude, les stratégies qui sont "multisectorielles", "intégrées" à d'autres activités, "adaptables" en vue de satisfaire les besoins des communautés, sont mieux placées pour obtenir une participation optimale de la communauté. Il en résulte que si la communauté s'engage de façon optimale, le projet sera durable.

L'échange des expériences — telles que celles exposées plus haut — s'avère important pour les efforts d'adaptation des stratégies de mobilisation communautaire. Les leçons tirées des expériences d'autrui permettront aux communautés de mener des actions en faveur d'une mobilisation communautaire en vue d'améliorer leur état de santé.

ANNEXE 1: Profil des organisations présentées

Mwangaza-Action est une organisation non gouvernementale spécialisée dans la formation en matière de mobilisation sociale. Son approche met l'accent sur un cycle d'apprentissage continu au cours duquel les participants tirent des leçons de leurs expériences pour ensuite les utiliser dans les futures activités. Mwangaza collabore avec un certain nombre de partenaires locaux et d'ONG internationales, y compris le projet Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS). Mwangaza est basée au Burkina Faso.

Interlocuteur: Télesphore KABORE
Adresse: Mwangaza-Action
06 B. P. 9277
Ouagadougou 06, BURKINA FASO
Tél/Fax: (226) 36 33 85
e-mail: mwangaz@fasonet.bf

FESADE est une organisation non gouvernementale basée au Cameroun. Elle a été créée en 1993 à partir du Projet Femme et Santé. Ses activités comprennent la formation, l'information, la recherche et la mobilisation communautaire. Elle possède une bibliothèque et des équipements IEC mettant l'accent sur les femmes, les jeunes et la santé de la reproduction. Sa philosophie est que l'amélioration de la santé des femmes améliore celle de la communauté tout entière et, par conséquent, contribue au développement.

Interlocuteur: Madame DAMAS
Adresse: FESADE
Coordination B. P. 724
Yaoundé, CAMEROON
Tél/Fax: (237) 23 42 32
e-mail: fesade@sdnemr.undp.org

Save the Children - USA est une organisation non gouvernementale internationale ayant un bureau au Burkina Faso. Elle a pour mission d'introduire des changements positifs et durables dans la vie des enfants défavorisés et ce, avec l'aide de leurs communautés. Son projet de mobilisation sociale est en cours depuis 1993. Au nombre de ses partenaires, on compte l'USAID, l'UNICEF et l'UNESCO.

Interlocuteur: Madame Maria KERE
Adresse: Save the Children - USA
B. P. 642
Ouagadougou 01, BURKINA FASO
Tél: (226) 30 64 38 Fax: (226) 31 71 44
e-mail: bFFO@lfasonet.bf

Africare est une organisation privée à but non lucratif qui a pour but d'améliorer la qualité de vie dans les zones rurales africaines. Depuis 1997, son bureau au Burkina Faso coordonne un projet de

mobilisation sociale de prévention du SIDA sur les axes migratoires entre le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire. Elle collabore aussi avec les Comités nationaux de lutte contre le SIDA des deux pays, plusieurs partenaires locaux et internationaux tels que SFPS et Population Services International.

Interlocuteur: Ali DANAYE
Adresse: B. P. 608
Ouagadougou, BURKINA FASO
Tél/Fax: (226)36 58 44
e-mail: africare.org@fasonet.bf

Plan International est une organisation non gouvernementale internationale ayant un bureau à Bamako, au Mali. Plan International a pour mission de s'efforcer d'obtenir des améliorations durables dans la qualité de vie des enfants afin qu'ils puissent jouir pleinement de leurs potentialités. Au nombre de ses partenaires, on compte Save the Children UK et l'USAID.

Interlocuteur: Dr Mamadou Kanté
Adresse: Plan International
B. P. 1 598
Bamako, MALI
Tél: (223)22 40 40
Fax: (223)22 81 43

Association Malienne pour la Protection et la Promotion Familiale (AMPPF) est une organisation non gouvernementale locale basée à Bamako, au Mali. Depuis 1995, elle collabore avec des communautés dans le cadre d'activités de mobilisation en faveur de la santé de la reproduction, avec un accent particulier sur les jeunes et les femmes. Sa mission est de contribuer au bien-être de la population malienne par l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé de la reproduction et de leur qualité, la responsabilisation des femmes, l'amélioration du cadre de vie et l'appui aux jeunes. Parmi ses nombreux partenaires figurent l'USAID, le Gouvernement Malien et la Fédération internationale pour le planning familial (FIPF).

Interlocuteur: M. Ely SIMPARA, Directeur IEC
Adresse: Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF)
Siège Social
Coordination
B.P. 105
SIS Avenue Kassé Kéita Route Lido
Bamako, MALI
Tél.: (223) 22 44 94
Fax: (223) 2226 18

ANNEXE 2: Questionnaire relatif aux stratégies de mobilisation

1. Décrivez brièvement, les étapes de la mise en œuvre de votre approche de mobilisation communautaire. (Si vous avez un plan d'action qui élabore vos étapes aussi, joignez-le s'il vous plaît.)

Exemple: étape a.: sélection de communautés pour vos activités
 étape b.: étude du milieu
 étape c.: formation des mobilisateurs

Etapas

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

f. _____

g. _____

(Ajouter un autre papier si c'est nécessaire pour continuer les étapes)

2. Avec quel partie de la mise en œuvre de votre stratégie êtes-vous satisfait ?
3. Quel est le point le plus fort de votre stratégie ?
4. Quel est votre stratégie la plus faible ?
5. a. Quels obstacles avez-vous rencontrés ?
- b. Comment les avez-vous résolu ?
6. Décrivez brièvement, comment vous avez recueilli les informations de base dans les communautés où vous travaillez.

7.
 - a. Qui sont vos mobilisateurs communautaires (ou autres personnes qui vous aident dans vos activités) ?
 - b. A combien estimez-vous le nombre de personnes travaillent actuellement avec vous ?
 - c. Ont-ils tous été formés dans le cadre de votre approche de mobilisation communautaire?
 - d. Décrivez leurs rôles ou activités spécifiques.
 - e. Comment faites-vous la supervision des activités des mobilisateurs ?
8. Avez-vous fait une évaluation de vos activités ?
9. A combien estimez-vous le nombre de personnes qui ont le potentiel d'être touché par vos activités ?
10. Quel est le coût total de votre stratégie dans une communauté ?
11. Si vous voulez reproduire votre stratégie de mobilisation communautaire dans une nouvelle communauté, quelle sont les ressources nécessaires dans la communauté dont vous aurez besoin ? (Par exemple: un centre de santé, un groupe de femmes, une école, etc.).
12. Comment pensez-vous améliorer votre approche de mobilisation communautaire? (Par exemple: prendre en considération l'avis des prestataires dans la phase de développement, etc.).

ANNEXE 3: Bibliographie

AFRICARE

1996 Annual Report, Africare, Washington, D.C.

Mobilité et SIDA: Résultats d'une Enquête de Base auprès des Routiers et Prostituées au Burkina Faso / Tapsoba, T. V., Sanogo, N., Baya, B., Africare, Ouagadougou, Burkina Faso (Mai 1998).

AMPPF

Bulletin de l'AMPPF, Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille, Bamako, Mali (NE. 8, Sept. 1995) (NE 13, Oct., Nov., Dec., 1996).

FESADE

Community Mobilization: The View of VVHDA, FESADE, Yaounde, Cameroon, (1997).

Guide de Formation des Mobilisateurs Communautaires pour la Santé Familiale et la Prévention du SIDA, FESADE, Yaoundé, Cameroun.

Rapports de Supervision, FESADE, Yaoundé, Cameroun (1997-1998).

Mwangaza

Guide Méthodologique d'une Approche de Mobilisation Sociale pour la Mise en Œuvre de l'Initiative de Bamako, Kaboré, T., Ky, C., Thiombiano, R., Nougara, A., Leeson, K.- Mwangaza, Ouagadougou, Burkina Faso (1998).

Manuel de Communication Sociale à l'intention des Prestataires des Services de Santé/Kaboré, T., Ky, C., Thiombiano, R., Nougara, A., Leeson, K.- Mwangaza, Ouagadougou, Burkina Faso, (1998).

N.B: Cette liste n'inclut pas les documents qui étaient disponibles auprès des organisations au moment des interviews. D'autres documents peuvent exister au niveau des organisations citées ci-après, ainsi que d'autres figurant aux études de cas.