



PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

RAPPORT FINAL

Avril 2011

O Marie-Pierre GAGNON, PhD.

Professeure agrégée,
Faculté des Sciences Infirmières,
CR-CHUQ, Université Laval, Québec, Canada.

O El Kebir GHANDOUR, MD, M.sc. (Cand.)

Département de Médecine Sociale et Préventive,
CR-CHUQ, Université Laval, Québec, Canada.

Royaume du Maroc



Ministère de la Santé



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE EXÉCUTIF.....	v
1. INTRODUCTION.....	1
2. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	7
3. ANALYSE DES EXPERIENCES RÉALISÉES AU MAROC	11
3.1. MÉTHODOLOGIE.....	11
3.2. RÉSULTATS	13
3.2.1. RESULTATS DES ENTRETIENS	13
3.2.2. RÉSULTATS DE L'ANALYSE SWOT	23
4. DISCUSSION	33
5. RECOMMANDATIONS.....	38
5.1. QUELQUES MODÈLES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MONDE.....	39
5.1.1. MODÈLE INTÉGRANT L'APPROCHE DANS LE SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ (EXEMPLE DU QUÉBEC/CANADA)	39
5.1.2. MODÈLE INTÉGRANT L'APPROCHE AU NIVEAU MUNICIPAL (EXEMPLE DU BRÉSIL).....	41
5.1.3. MODÈLE D'INTÉGRATION DE L'APPROCHE SOUS FORME D'INITIATIVES À BASE COMMUNAUTAIRE AU NIVEAU DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ (EXEMPLE DU SULTANAT D'OMAN) ..	43
5.2. PRINCIPES ET PISTES D'ORIENTATIONS	45
5.2.1. PREMIER AXE : Doter la SC de cadre réglementaire et d'une structure de gestion bien identifiée au niveau du MS	45
5.2.2. DEUXIÈME AXE : MOBILISER ET FAVORISER LA PARTICIPATION.....	46
5.2.3. TROISIÈME AXE : Le soutien et la formation	56
5.2.4. QUATRIÈME AXE : Le suivi et l'évaluation.....	61
5.3. L'ASPECT ORGANISATIONNEL	65
5.3.1. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE	65
5.3.2. LA STRUCTURE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE.....	67

6.	CONCLUSION.....	83
	RÉFÉRENCES	86
	ANNEXE I: QUELQUES CONCEPTS FONDAMENTAUX ET PRINCIPES DIRECTEURS DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE	90
1.	QUELQUES CONCEPTS	90
1.1.	L'ACTION COMMUNAUTAIRE.....	90
1.2.	LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	95
1.3.	LE LEADERSHIP ET LE LEADERSHIP PARTAGÉ	99
2.	PRINCIPES DIRECTEURS	100
2.2.	L'APPROCHE BASÉE SUR LES DROITS :.....	100
2.3.	LA PARTICIPATION EFFECTIVE	101
	ANNEXE II: LES CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES LES PLUS IMPORTANTES POUR LE PERSONNEL DE SANTÉ.....	103
1.	LES CONNAISSANCES.....	103
2.	LES COMPÉTENCES	104
	ANNEXE III : LES ÉTAPES D'EXÉCUTION DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE	106
	ANNEXE IV : L'INITIATIVE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN (INDH)	107
	ANNEXE V : LISTE DES RESPONSABLES ET DES GROUPES AYANT PARTICIPÉ AUX ENTRETIENS	108
	ANNEXE VI : LISTE DES DOCUMENTS ANALYSÉS	109

ACRONYMES

ADS : Agence de Développement Social

AVS : Association à Vocation Sanitaire

CLD : Comité Local de Développement (INDH)

CS : Circonscription Sanitaire

DAO : Dar Al OUMOUMA

DPP-P : Division de Partenariat Public-Privé

DRC : Direction de la Réglementation et du Contentieux

DRS : Direction Régionale de la Santé

FRCA : Formation et Renforcement des Capacités (pôle de...)

INDH : Initiative Nationale de Développement Humain

MS : Ministère de la Santé du Maroc

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SC : Santé Communautaire

SIAAP : Service d'Infrastructure et d'Action Ambulatoire Provincial

UNICEF: Fond des Nations-Unis pour l'Enfance (*United Nations of International Children's Emergency Fund*)

USP : Unités de Santé Publiques

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Au cours des deux dernières décennies, le Maroc a connu une multiplication des interventions à caractère communautaire, qui représentent d'ailleurs une pratique courante connue depuis les années 1970. Ces interventions sont initiées et soutenues, dans la quasi-totalité par les Organisations des Nations-Unis (ONU), et parfois par des membres de la société civile ou d'associations locales. Cependant, on note que le rôle et l'intervention du Ministère de la Santé dans ces projets, bien que très présents, ne semblent pas toujours être bien définis ni bien identifiés.

Notre étude entre dans le cadre de l'intervention de l'UNICEF pour assister le Ministère de la Santé du Maroc dans son objectif de se doter d'une stratégie en matière de santé communautaire qui soit en mesure de répondre aux exigences qu'impose l'évolution de la société marocaine. Cette étude s'inscrit dans le cadre du programme de coopération (2007-2011) entre le Ministère de la Santé au Maroc et l'UNICEF, dans lequel une attention particulière a été accordée au volet de « Santé Communautaire ».

Notre étude vise les objectifs suivants :

- Réaliser une analyse stratégique à travers la synthèse des documents disponibles, afin d'établir les forces et faiblesses des expériences antérieures, et comprendre leurs environnements (opportunités et les risques) ;
- Tirer les leçons des acquis et capitaliser ces expériences ;
- Proposer une stratégie nationale pour le Ministère de la Santé du Maroc, en matière d'approche de santé communautaire, qui répond aux attentes des différents partenaires dans ce domaine.

A cette fin, le présent rapport est structuré en chapitres qui abordent successivement la présentation de la situation globale et du contexte national de la demande, la méthodologie suivie dans la réalisation de l'étude, l'analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces des projets examinés et des éléments qui ont émergé des

entretiens réalisés (constats et attentes), la discussion des résultats, la conclusion et les recommandations sous forme de proposition de pistes d'orientation pour une éventuelle stratégie en santé communautaire pour le Ministère de la Santé.

1. INTRODUCTION

La résolution des problèmes majeurs de santé publique est un objectif prioritaire dans les pays développés comme dans ceux en développement. Elle requiert une volonté politique ferme de la part des gouvernants d'une part, ainsi qu'une participation effective des communautés dans la cogestion des programmes et des activités sanitaires, d'autre part.

La dispensation institutionnelle des soins de santé a grandement contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population au Maroc en améliorant l'accès aux soins pour une proportion importante de la population. Or, partout dans le monde, cette option n'arrive pas à couvrir toute la population et devient de plus en plus coûteuse/inefficace sans une composante communautaire au niveau institutionnel qui vient renforcer ce travail et combler l'écart entre les besoins et l'offre de services, surtout dans les zones éloignées ou d'accès difficile [1].

C'est pour cela que plusieurs autorités sanitaires mondiales, y compris l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), se basent sur des preuves fournies par des recherches locales pour souligner le fait que l'approche communautaire dans le domaine de la santé peut contribuer à combler les manques en services au sein de la communauté [1]. Ces autorités indiquent également que les membres de la communauté devraient participer de façon active et s'impliquer en vue du maintien et de l'amélioration de leur état de santé, au lieu de se contenter d'être uniquement des bénéficiaires des services offerts par les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux. L'approche qui est proposée pourrait notamment contribuer à réduire la charge des institutions aux ressources limitées en termes de finances, d'infrastructure et de personnel. L'autonomisation et l'appropriation par la communauté, ainsi que le rôle révisé pour les dispensateurs de soins au sein de la communauté constituent des prérequis pour aider à atteindre les objectifs des programmes de santé aux niveaux local et national, avec un accent particulier sur la prévention et la promotion de la santé.

Ainsi, l'OMS propose la santé communautaire comme l'une des stratégies possibles de mise en œuvre de la promotion de la santé telle que définie dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) : *« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : tous les secteurs d'activités, tout ce qui définit le cadre de vie d'un individu ou d'une communauté sont concernés ».*

La santé communautaire peut donc être considérée comme une approche pouvant servir à planifier le système de santé d'un pays où une large part est faite à la participation de la population, grâce à des interventions dans lesquelles les membres de la communauté peuvent participer à la prise en charge de leur état de santé et devenir des agents pour la production et l'entretien de la santé au niveau des ménages et de la communauté.

L'approche participative ainsi définie consiste à impliquer les communautés locales dans une, plusieurs ou toutes les phases suivantes de toute action [2]:

- La conception;
- La réalisation des travaux;
- La gestion et l'exploitation;
- La supervision et l'évaluation.

Une telle approche génère souvent des projets multisectoriels adressant les problèmes identifiés par les communautés. Elle suppose que les participants au niveau communautaire apprennent, au fur et à mesure, à prendre des responsabilités et que les autorités centrales et locales acceptent de les leur confier [3].

La santé à base communautaire (Community-Based Health : CBH) est toute activité qui se déroule à l'intérieur d'une communauté ou s'adresse à une communauté et qui vise à améliorer les résultats sanitaires. Ainsi, «*le produit final désiré [de la santé communautaire] est d'habiliter les communautés au développement de capacité d'organisation pour plaider en faveur de meilleurs résultats de santé* » [4].

Nous pouvons retenir la définition suivante de la santé communautaire, proposée par O'Neill et Connil [5] : « *la santé communautaire est une approche à la dispensation de soins de santé ayant pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population par des mesures préventives, curatives et de réadaptation, doublée d'autres mesures à caractère social, économique et politique, dispensées par une équipe multidisciplinaire et faisant largement appel à la participation populaire; ces services sont dispensés à des populations géographiquement définies à qui l'on fournit des soins de santé primaire, premier niveau d'un système régionalisé établi idéalement selon les principes de la planification participative et débouchant, à la limite, sur un service national de santé* ».

Donc, la santé communautaire a pour principales caractéristiques [6] :

- Une base collective (un ensemble d'habitants, un groupe, réunis pour un problème, une situation ou un objectif commun) pour une action ou des actions à construire;
- Un repérage collectif des problèmes, des besoins et des ressources (le diagnostic communautaire);
- La participation ouverte à tous les acteurs concernés: usagers, spécialistes, professionnels (des champs les plus divers), administrations, politiques...etc. La participation est autant représentative que directe, ce qui signifie :
 - o l'implication de la population (dans l'identification de ce qui fait problème, pour mobiliser ses capacités, pour sa participation à l'ensemble du processus);
 - o le décloisonnement professionnel (transdisciplinarité, pluridisciplinarité);

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

- o le décroisement institutionnel (intersectorialité);
- o le partenariat;
- o le partage de savoirs et de pouvoirs.

La pratique communautaire est une contribution à la santé. Elle suppose de renforcer les capacités d'expertise des individus et des groupes sur les questions de santé, c'est-à-dire aider à la constitution d'un certain nombre de savoirs concernant les modes de vie, les manières de se soigner ou de prendre soin de soi. Elle suppose aussi que les acteurs divers puissent accéder à la construction démocratique de la définition de la santé et des conditions de vie saine. Cela suppose également l'aménagement et l'évaluation de toute politique [7].

Que ce soit au regard de la santé ou du développement, l'approche de santé communautaire sous-tend une redéfinition du pouvoir qui devrait se traduire par une reconnaissance du rôle essentiel que peuvent et doivent jouer les individus et les communautés dans la mise en place des conditions pour améliorer leur santé et leurs conditions de vie. Cette vision va amener les gens à mieux comprendre et donc contrôler les déterminants de la santé sur lesquels il est possible d'agir afin d'améliorer leur santé. Ces déterminants représentent les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts [8].

Ensemble, les déterminants structurels et les conditions de vie au quotidien constituent les déterminants sociaux de la santé qui sont à l'origine d'une grande part des inégalités en santé observées entre pays et dans les pays.

Les déterminants reconnus en santé publique sont classés en cinq catégories [9] :

- Les facteurs endogènes ou biologiques;
- Les habitudes de vie et les comportements;
- L'environnement physique;

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

- L'environnement social : milieux de vie (famille, école, travail) et conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événement stressant);
- L'organisation du système de soins et de services.

Agir sur ces déterminants constitue un des trois principes d'action des recommandations générales de la *Commission des Déterminants sociaux de la Santé de l'OMS (Août 2008)* :

- Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent;
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire *les facteurs structurels* dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local;
- Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion aux questions de déterminants sociaux de la santé.



Source: Dahlgren, G. (1995). *European Health Policy Conference: Opportunities for the Future; Vol.11; Intersectoral Action for Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

L'approche communautaire en santé pour les pays en voie de développement a été employée de façon très variable et ses modes de dispensation de services de santé ont vu leurs points de départ, leurs lieux d'application et même leurs formes varier sensiblement. Ces initiatives ont presque toujours gardé en commun le fait qu'elles s'adressent à des populations géographiquement déterminées, le plus souvent pauvres ou marginalisées, et qu'elles mettent l'accent sur la participation de la communauté (la population).

La nécessité d'intégration du curatif et du préventif ainsi que la quasi-obligation d'une intervention multisectorielle portant sur l'ensemble des composantes du développement local et non seulement sur celui du système de santé, sont habituellement comprises dans ces notions. L'approche communautaire nécessite donc la compréhension, la coopération et la coordination du personnel à tous les niveaux, notamment le personnel de direction, de planification, de programmation, des services communautaires, de terrain, de logistique, des services techniques et de l'information publique.

2. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Dans le cadre du programme de coopération (2007-2011) entre le Ministère de la Santé (MS) du Maroc et l'UNICEF, une attention particulière a été accordée au volet de « Santé Communautaire ». La présente étude entre dans le cadre de l'intervention de l'UNICEF pour assister le MS du Maroc en vue de se doter d'une stratégie en matière de santé communautaire qui soit en mesure de répondre aux exigences qu'impose l'évolution de la société marocaine. Plusieurs aspects, tant sur le plan national que global (mondial), caractérisent le contexte dans lequel s'inscrit cette demande, tel que précisé ci dessous.

Sur le plan global, les limites des systèmes de santé institutionnalisés à répondre à tous les besoins de la population partout dans le monde et l'évolution du concept de santé à base communautaire même dans les pays riches (pays industrialisés) deviennent de plus en plus évidentes. La crise des systèmes de santé est aujourd'hui un fait unanimement reconnu et l'expansion des coûts en matière de santé touche tous les pays. Par ailleurs, la crise dépasse le seul plan économique : l'évolution des sociétés et les crises des concepts idéologiques (capitalisme) amènent en elles-mêmes leur lot de pathologies [10], ce qui fait que la plupart des pays sont en recherche d'un modèle de service de santé qui rencontre les intérêts, les besoins et les demandes actualisés de la population. Le thème des communautés se développe dans les hiatus de la couverture sociale de l'état. Dans les pays à faible couverture sociale (pays pauvres et quelques pays riches, par exemple les États-Unis), les initiatives communautaires construisent un maillon intermédiaire entre l'état et le citoyen [10].

Dans ce cadre, s'inscrivent les directives de plusieurs autorités sanitaires mondiales, dont l'OMS, qui soulignent que l'approche communautaire dans le domaine de la santé va contribuer à combler les manques en services [1] et insistent sur le droit et le devoir des membres de la communauté de participer de façon active et de s'impliquer en vue du maintien et de l'amélioration de leur état de santé, au lieu de se contenter d'être

uniquement des bénéficiaires passifs des services offerts. L'approche qui est proposée pourrait notamment contribuer à réduire la charge des institutions et à favoriser l'autonomisation et l'appropriation par la communauté de ce rôle ainsi que la révision du rôle des dispensateurs de soins au sein de la communauté. Un autre objectif à l'approche communautaire dans le domaine de la santé est d'aider les institutions à atteindre les objectifs des programmes de santé aux niveaux local et national, avec un accent particulier sur la prévention et la promotion de la santé.

Sur le plan national, la croissance démographique se traduit par une forte pression sur les ressources en milieu rural et par une urbanisation croissante, générant des problèmes sociaux et environnementaux de plus en plus difficiles à gérer. Devant l'augmentation de la proportion des populations pauvres et vulnérables, qui avoisine aujourd'hui près de la moitié de la population totale [11], l'accès aux services de santé de base, particulièrement en milieu rural, est loin de répondre aux besoins essentiels. Ainsi, l'amélioration de l'accessibilité aux soins, le développement de la prévention et de la promotion de la santé devront se renforcer par la mobilisation de ressources additionnelles et la mise en œuvre de plans de réduction de la vulnérabilité pour certaines tranches de la population, dont notamment les femmes et les enfants.

De plus, une prise de conscience est notée quant aux limites du mode de gestion actuel du système public de santé au Maroc, dont l'organisation et le fonctionnement se caractérisent par une forte concentration des pouvoirs de décision. Cette concentration des pouvoirs se ressent plus particulièrement dans le choix et la planification des interventions ainsi que pour l'allocation des ressources, ce qui entraîne des conséquences en termes d'iniquité d'accès aux soins, d'efficience et d'efficacité, de là la nécessité de déconcentrer quelques prérogatives [12].

Cette tendance s'inscrit dans un contexte de démocratisation de la vie dans le Royaume et la sollicitation de la participation de la population dans tous les domaines. Dans cette perspective, il est important d'inscrire tous les efforts de la réforme du secteur de la santé, tendant à promouvoir la décentralisation de la fonction de planification, la

contractualisation, le partenariat, la participation de la population dans le cadre de la « régionalisation » comme mode de gouvernance.

Le développement du tissu associatif au Maroc a connu une grande expansion depuis environ deux décennies ainsi qu'un fort encouragement récemment dans le cadre de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH) (voir Annexe IV). Le tissu associatif est un bon prédicateur organisationnel de l'approche participative qui est à la base de l'approche communautaire en santé. Dans ce dernier domaine, il faut noter la dynamique et l'essor qu'a connus la société civile. En effet, plusieurs ONG ont été créées, pratiquement dans tous les domaines de l'action sociale, pour compenser un peu la forte centralisation et surtout, pour favoriser une conscientisation des partenaires locaux, voire même une implication de la population dans la gestion des programmes, des projets et des actions sanitaires qui la concernent.

De même, de nombreuses initiatives à base communautaire ont été développées au Maroc au cours de la dernière décennie, mais dont les acquis n'ont pas permis de bâtir un modèle harmonisé en matière de santé communautaire du fait de la multiplication des acteurs, des bailleurs de fonds et des types d'interventions, de la faible coordination, du manque de divulgation de résultats et donc de possibilité de tirer profits des leçons que peuvent véhiculer de telles expériences.

Il faut noter aussi qu'une volonté politique semble présente pour intégrer la dimension communautaire dans le système de santé marocain qui est principalement basé sur une approche de « santé publique ». Cette volonté se trouve présentée de façon explicite dans le **Plan d'action santé 2008-2012 du MS « Réconcilier le citoyen avec son système de santé »**, **Axe 3 de la stratégie 2008-2012; action 48 : Évaluation et renforcement des actions communautaires en cours.**

Axe 3 : Renforcement des actions et de la participation communautaires	
Action 48 : Évaluation et renforcement des actions communautaires en cours. (Priorité 2008)	• Organisation d'un atelier d'évaluation des actions communautaires en cours ; • Développement des expériences communautaires réussies.

Enfin, la demande du MS marocain de se doter d'une vision claire pour l'élaboration d'un modèle de santé communautaire adapté au contexte et spécificités marocaines constitue la manifestation tangible de cette volonté.

L'objectif de l'étude est donc de proposer au Ministère de la Santé du Maroc, après revue des expériences antérieures réussies au niveau national et après examen de certains modèles internationaux, des pistes d'orientation en vue de l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de santé communautaire.

Les pistes à proposer au MS dans ce domaine seraient de définir comment favoriser l'exécution de l'approche communautaire dans le traitement des problèmes liés à la santé à travers des modèles d'action communautaire pouvant être menés dans des communautés géographiques. La réponse à cette question va passer par l'identification d'un ensemble de directives, de principes et de changements sur les plans structurel et organisationnel, voire même réglementaires.

3. ANALYSE DES EXPERIENCES RÉALISÉES AU MAROC

3.1. MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été réalisée à l'aide des sources disponibles et accessibles à l'équipe de recherche. La méthodologie repose d'abord sur la structuration et le traitement des données recueillies dans le cadre d'une analyse des rapports des évaluations déjà faites et leur utilisation dans une perspective d'identification des performances permettant de juger des forces et faiblesses des projets réalisés. Par la suite, des entretiens individuels et collectifs ont été réalisés avec les différents acteurs impliqués dans les projets examinés, des responsables du MS, des membres d'agences des Nations Unies, de l'Agence de Développement Social (ADS), et des organisations internationales œuvrant dans le domaine de la santé au niveau national. Le contenu de ces entretiens a été traité par une analyse thématique de contenu.

En plus des entretiens réalisés, et pour comprendre les projets étudiés, nous avons procédé par une étude multi-cas. Il s'agit d'une démarche descriptive et exploratoire au cours de laquelle nous avons mis en évidence les caractéristiques de chaque projet. En effet, nous avons réalisé une revue de la littérature sur ces types d'interventions et une synthèse de l'ensemble des documents disponibles sur les expériences nationales dans le but de faire ressortir les leçons à retenir. Au cours de notre étude, nous avons procédé à l'analyse :

- de la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la viabilité des projets;
- des processus, des effets et impacts, aussi bien sur les communautés que sur le système de santé Marocain.

Nos principales sources d'information sont constituées, d'une part, des documents produits par les différents acteurs impliqués dans l'approche communautaire liée à la santé au Maroc, et d'autre part, par les entretiens réalisés auprès d'un certain nombre d'informateurs clés des différents départements du MS du Maroc, de l'Agence

Nationale du Développement, ainsi que de multiples organismes internationaux œuvrant dans ce domaine (l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP, la GTZ, MEDICUS MUNDI, etc.)

Pour cette fin, un total de 11 documents de projets et d'évaluations réalisées ont été analysés et synthétisés (Annexe V), 19 entretiens individuels semi-structurés ont été réalisés et deux présentations avec discussion de groupe ont été organisées, soit une au niveau de la Direction de la Population du MS et l'autre au niveau du siège des agences des Nations Unies à Rabat (voir listes jointes en annexe IV). Les résultats de cette synthèse des projets ont été classés à l'aide d'une analyse SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) de ces expériences de manière à faire sortir les forces, faiblesses, opportunités et menaces,

Pour répondre le mieux possible aux attentes exprimées et faire ressortir le maximum d'éléments nécessaires à la compréhension et la qualification des projets déjà menés au Maroc, nous avons procédé par une approche pluraliste et participative qui a permis l'implication de l'ensemble des parties prenantes. En effet, nous avons pu compter sur la participation d'un chef de direction et de chefs de services au niveau de la direction centrale du MS (Direction de la Population), de membres des agences et fonds des Nations Unies au Maroc (UNICEF et FNUAP), d'un chercheur ayant été impliqué dans l'évaluation de projets, d'acteurs de deux organismes de coopération internationales (GTZ et MEDICUS MUNDI), de responsables locaux œuvrant dans des interventions communautaires en cours (médecin responsable d'une circonscription sanitaire et major du SIAAP d'une ville du nord du Maroc), ainsi que sur la participation de la responsable du pôle de développement humain au niveau de l'ADS.

Notre approche est aussi *participative*, en sollicitant la participation des acteurs concernés aussi bien par les résultats des projets, que par l'utilisation des résultats dans toutes les étapes de l'étude.

La validation de notre démarche auprès des parties prenantes et la collecte des données ont été réalisées au cours de la première période de notre présence au Maroc durant les deux dernières semaines du mois d'octobre 2010. Au cours de cette période, nous avons réalisé l'ensemble des entretiens. Les résultats de la présente étude ont été validés avec les parties prenantes, avec la présentation d'un premier document de travail à la DP au cours de la troisième semaine de décembre, dans le cadre de l'atelier de présentation des résultats de deux jours animé par la chercheuse principale.

3.2. RÉSULTATS

3.2.1. RESULTATS DES ENTRETIENS

a. Les participants

Un grand nombre d'acteurs ont participé aux deux présentations réalisées et ont participé à l'animation du débat autour de l'approche communautaire dans le domaine de la santé au Maroc, ainsi que sur un ensemble de concepts reliés. Ces présentations ont mis en évidence que débattre autour de l'approche communautaire est un sujet qui demeure très pertinent, mais entouré d'ambiguïté et de confusion et que ces concepts nécessitent davantage de discussions et de clarifications. Nous avons tenu à souligner l'importance de connaître les perceptions des participants et leurs attentes envers le travail demandé. Certains d'entre eux ont généreusement participé à la collecte de données en nous accordant un entretien individuel (d'une durée moyenne de 60 minutes). Les points qui ont été discutés au cours de ces entretiens sont :

- La définition accordée par ces acteurs aux concepts de : santé communautaire, action communautaire, mobilisation et participation communautaire et/ou de la population;
- L'histoire des projets à caractère communautaire qui ont eu lieu, pour ceux ayant déjà participé à de telles activités, ainsi que leurs issues;
- Les évaluations des projets qui ont eu lieu et leurs principaux constats;

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

- Les perceptions quant aux principaux point forts et points faibles reliés à ces interventions et à la démarche communautaire en général;
- Le rôle du MS dans ces projets;
- Les rôles des autres partenaires : ONG, organismes internationaux; société civile, les autres départements de l'état;
- La participation de la population;
- Le contexte marocain actuel et la relation du MS envers les citoyens;
- Les besoins et les sources de financement des actions à caractère communautaire déjà menées dans le pays, et comment prévoir les ressources matérielles et en personnel pour les projets futurs;
- La proposition de modèles internationaux en santé communautaire dans des pays aux conditions similaires.

Parmi les personnes ayant participé aux entretiens, on distingue deux catégories d'acteurs (voir le tableau des participants selon catégorie à l'Annexe IV) :

- la catégorie des responsables du MS au niveau central et périphérique,
- la catégorie des partenaires du MS en matière de projets à caractère communautaire : des acteurs membres d'organismes internationaux de coopération ou d'ONG internationales opérant dans le domaine de la santé au Maroc, professeur d'université représentant le milieu universitaire, et un médecin représentant d'une agence nationale (ADS).

Bien que ces deux catégories d'acteurs aient généralement participé aux mêmes projets, les constats et les attentes sont parfois différents et représentent deux types de vision qui peuvent diverger entre ces catégories de participants

b. Les constats

i. Catégorie des responsables du MS

Au cours des entretiens, on a pu constater un grand intérêt de la part de la totalité des acteurs rencontrés envers l'approche communautaire en santé et tout ce qui peut aider à mener des actions réussies et durables dans le temps. En effet, la plupart des participants pensent qu'il est difficile de faire améliorer les indicateurs de santé, surtout au milieu rural, sans l'apport des actions communautaires qui viennent appuyer les différentes stratégies nationales déjà en place (les stratégies fixe et mobile). Il est évident que cette approche peut être considérée comme une stratégie pour étendre la couverture sanitaire dans le pays, puisque, selon certains participants, on ne peut décentraliser plus que le niveau actuel, vu les problèmes de coût et de perte de compétences auxquels est confronté le système de santé. Cependant, le Maroc est en phase de transition en vue d'une décentralisation et d'une déconcentration dans le cadre de la régionalisation élargie, ce qui peut rendre cette approche particulièrement utile actuellement.

L'analyse des indicateurs relatifs à l'offre de soins montre une insuffisance quantitative des ressources et une répartition déséquilibrée entre les milieux urbain et rural. De ce fait, la cible principale et prioritaire des initiatives communautaires actuellement est la population inaccessible et enclavée, surtout dans le milieu rural. Cette approche peut aider à résoudre des problèmes très spécifiques et circonscrits localement, dont les solutions vont coûter plus cher au système de santé et sur lesquels il est possible d'agir avec des moyens déployés localement, à condition de mobiliser la population et les partenaires locaux.

Les participants jugent que ces actions vont contribuer à la réduction des écarts entre les milieux ruraux et urbains et à favoriser l'atteinte des objectifs de couverture en milieu rural. Par ailleurs, il faut aussi noter la nécessité d'étendre ces interventions aux milieux urbains et semi-urbains. De plus, l'apport du Plan National Spécifique de Santé Rural,

annoncé dans la stratégie 2008-2012, qui propose le renforcement des actions communautaires et la participation de la population, est considéré comme troisième axe stratégique dans la couverture sanitaire en milieu rural.

Néanmoins, dans la plupart des cas, les intervenants sont confrontés à la difficulté d'assurer la mobilisation et la participation de la population qui est souvent qualifiée de clé de la réussite de l'approche communautaire. En effet, la plupart des expériences n'ont pas réussi à véritablement mobiliser la population et les bénéficiaires autour des problèmes de santé traités et à arriver à une véritable participation de la population.

Au sujet des intervenants, les participants ont soulevé les difficultés de faire participer l'ensemble des acteurs locaux et l'absence de plan stratégique national en matière de communication et de sensibilisation avec des idées claires sur les moyens efficaces à mettre en œuvre pour assurer leur pleine participation dans les différentes interventions. On rapporte aussi la problématique de la compétence des participants et des acteurs qui nécessite une amélioration à l'aide d'une plus longue période de préparation et une stratégie efficace en matière de formation. Dans le même sens, on note que les associations locales ne sont pas arrivées à maturité pour pouvoir gérer les projets avec succès et assurer la continuité et l'appropriation des projets suite à la phase pilote, puisque une grande part d'entre elles sont nouvellement créées du fait du manque de confiance en celles déjà en place.

En ce qui concerne le MS du Maroc, un fait saillant est l'absence de vision claire et de structure dédiée pour assurer la gestion d'initiatives à base communautaire au niveau central. En effet, de multiples directions du MS participent à la mise en place d'interventions à caractère communautaire. Ces directions souffrent de cloisonnement, ce qui aboutit à des initiatives conçues et mises en place de façons différentes selon l'unité qui les pilote, sans diffusion d'information ni capitalisation des acquis. Néanmoins, l'ensemble des participants sont d'avis que le MS doit intervenir pour exercer un contrôle sur ces actions, surtout en ce qui concerne l'information et

l'orientation à suivre sur le plan national (c'est l'un des objectifs principaux du présent travail).

L'absence de vision claire en matière de santé communautaire chez les responsables locaux du MS les empêchent d'intégrer ce concept dans la planification de leurs actions et interventions, alors que la mise en place de l'approche doit faire partie de leurs compétences et donc, de leurs responsabilités (suivi et encadrement).

Toutefois, les participants pensent que la gestion du communautaire ne doit pas être faite par le niveau central, mais qu'elle doit être conçue et gérée au niveau local (Centre de santé-Province-Région). Le niveau local doit assurer un accompagnement de proximité, continu dans le temps, de même qu'un appui technique, logistique et en matière de ressources. Il a été noté aussi que le rôle du niveau central du ministère doit se limiter à la compilation des données et des informations au niveau national et de dégager les recommandations nécessaires. Il doit donc assurer l'orientation et l'appui technique par l'intermédiaire d'interventions ponctuelles, d'abord à la phase de planification (sensibilisation et implantation) et après, au besoin ou à la demande des acteurs du niveau local.

Les responsables sont tous d'avis qu'il est impossible d'avoir un modèle unique pour appliquer l'approche communautaire pour tout le pays. Ils relient cette difficulté aux spécificités locales propres à chaque région, et donc aux problèmes précis et différents auxquels il faut s'attaquer au moyen d'actions qui tiennent compte des besoins et des capacités locales, ainsi que de ressources et des compétences disponibles. De ce fait, il est important d'avoir une feuille de route ou des principes d'orientation à suivre pour mener à bien ces actions.

On note aussi la nécessité d'impliquer les agents de santé présents localement, surtout les médecins. En effet, le corps médical se tient loin de ces initiatives du fait que la plupart des médecins jugent que le communautaire ne fait pas partie de leurs attributions. Leur implication doit passer obligatoirement par la sensibilisation et la

formation en matière de santé communautaire. Certains participants suggèrent de commencer par la formation des médecins et du personnel infirmier des localités lieux de ces actions et de planifier une formation à l'échelle nationale du personnel du ministère à long terme. De plus, on suggère d'introduire un module de santé communautaire au programme de formation universitaire des médecins. Le rôle des autres professionnels dans l'approche n'est pas négligeable, donc il faut assurer leur sensibilisation et leur formation.

Localement, les entretiens révèlent le problème du financement des initiatives en santé communautaire qui menace aussi bien la survie que la pérennité des actions dans le temps. Ces actions sont souvent financées par des organismes internationaux dans le cadre de projets pilotes issus de la coopération bilatérale (UNICEF, OMS, FNUAP, GTZ, MEDICUS MUNDI, etc.) dont le retrait crée le problème de continuité et de pérennité. Le stade d'autofinancement n'est jamais atteint, malgré les coûts faibles de fonctionnement de ces interventions. Ceci pousse des participants à insister sur la nécessité de prévision de ressources locales suffisantes dès la phase de planification de toute intervention et de ne pas laisser au « hasard » son évolution dans le temps. Il est également nécessaire de prévoir un plan d'encadrement et de formation développé localement pour améliorer les capacités des ONG et les préparer à la participation à une bonne gestion locale.

Par ailleurs, un ensemble d'enjeux spécifiques sont ressortis des entretiens, dont notamment :

- Des enjeux politiques identifiés localement (politisation des approches communautaires durant les périodes électorales) qui ont constitué une faiblesse de certaines interventions. Ces enjeux vont générer un ralentissement, voire un blocage de l'évolution de quelques interventions;
- Les difficultés à identifier le leadership local et à promouvoir l'intérêt des participants, d'une part, et de toute la population, d'autre part. Il en découle la nécessité de bien identifier et de favoriser le leadership local qui, pour certains, doit

être assuré par le personnel de la santé au début et transmis progressivement aux associations locales et à la population.

De plus, les participants identifient les partenaires suivants :

- Les partenaires du MS au niveau central :
 - o tous les ministères qui peuvent avoir une intervention sur les déterminants sociaux de la santé : ministères de l'éducation, de l'agriculture, des Habbous et affaires islamiques, de l'équipement, de la jeunesse et sports, du développement social...etc.
 - o les organismes des Nations Unis (OMS, UNICEF, FNUAP, ...etc.) et les organisations internationales de coopération: (GTZ, MEDICUS MUNDI, ...etc.);
 - o l'Initiative Nationale Du Développement Humain (INDH);
 - o l'Agence Du Développement Social (ADS).
- Les partenaires locaux :
 - o les associations locales et les collectivités locales représentent, pour la plupart des participants, des partenaires incontournables en matière d'interventions communautaires en de santé;
 - o l'autorité locale;
 - o l'entraide nationale;
 - o le secteur privé.

ii. Catégorie des membres d'une agence nationale, d'organisations internationales et de coopération

Les participants de cette catégorie affirment que l'approche communautaire occupe une place primordiale dans le cadre de la promotion de la santé, tel que soutenu dans la littérature et dans les directives de l'OMS et de multiples organismes de coopération et les agences de l'ONU œuvrant dans le domaine de la santé. Ces organismes et agences participent aux initiatives communautaires à travers des projets pilotes, dans le cadre de coopération bilatérales ou multilatérale, qui sont implantés dans des zones spécifiques

en coordination avec le MS, et lui seront proposés après évaluation, pour une éventuelle répliation ailleurs dans le pays. Ainsi, leur rôle en est un d'appui aux ministères en matière de développement local à travers des projets qui renferment des initiatives à base communautaire. Ce sont donc des alternatives limitées dans le temps qui peuvent offrir au MS des moyens relativement efficaces pour résoudre les problèmes de santé dans le pays, avant d'arriver à atteindre la couverture sanitaire optimale par ses propres services.

Les participants annoncent que le Maroc connaît de grands changements jugés positifs, représentés par une grande volonté politique pour le progrès dans tous les domaines, une bonne gouvernance qui s'installe, une importante mobilisation de moyens pour résoudre les principaux problèmes du pays et un regain de confiance de la population dans les organismes de l'état par rapport au passé.

Concernant le financement de ces actions, des participants jugent que c'est au MS de fournir les ressources et les moyens nécessaires à la réalisation de projets de santé communautaire. Les fonds disponibles sont jugés largement suffisants et il ne semble pas avoir besoin de plus de ressources, d'autant plus que la communauté est jugée capable de mobiliser ses propres moyens en cas de besoin. Il est davantage question de beaucoup d'organisation, de temps et d'engagement de la part des acteurs, et que toutes les provinces sont en mesure de mobiliser les ressources nécessaires à ces actions.

L'approche communautaire est vue comme une nécessité pour avoir une synergie locale. C'est un des droits des citoyens d'être impliqués dans leurs propres problèmes de santé et de développement et ces derniers doivent se sentir concernés et ne pas être des bénéficiaires passifs ou seulement consultés. L'approche communautaire ne doit pas être mise en place pour résoudre les problèmes de couverture sanitaire du MS, mais dans une optique de capacitation de la population. L'état est détenteur d'obligation, alors que la communauté est détenteur de droit et donc les deux doivent rassembler leurs efforts pour assurer le développement local et résoudre les problèmes locaux.

Cette approche permet aux citoyens d'apprendre à réclamer leurs droits, mais aussi de comprendre qu'ils ont « l'obligation » de la participation. Cette participation souffre cependant de perceptions négatives de la part de la communauté, qui sont véhiculées en lien avec les expériences de participation politique.

Les participants notent que tous les partenaires présents localement doivent être ralliés aux initiatives communautaires, qu'ils fassent partie de l'institutionnel, du formel ou de l'informel, en insistant sur le rôle des collectivités locales et des associations locales qui représentent des partenaires incontournables pour la mise en place de toute approche communautaire. Les associations jouent le rôle de mobilisateur et d'organisateur de la population qui pourrait favoriser la participation.

Le MS jouerait le rôle de partenaire et facilitateur donnant son appui technique. Ses services locaux (provinces et centres de santé), forment le noyau local qui doit se charger du soutien et de la supervision de ces initiatives et d'aider à l'organisation en cherchant à identifier le leadership local qui peut favoriser une mobilisation de la population en vue d'une plus large participation.

Il a été soulevé aussi le principe du volontariat individuel ne doit pas être la règle et que le relais entre les projets et la population doit passer par les associations (organismes relais au lieu de personnes-relais).

c. Les attentes

i. Catégorie des responsables du ministère de la santé

Les responsables du MS ont besoin d'éclaircissements sur le concept de santé communautaire et l'ensemble de ses composantes théoriques et pratiques. Ils espèrent développer des actions avec la population et l'aider à reconnaître ses problèmes de santé et à trouver les moyens pour les résoudre localement avec l'aide des professionnels de santé et d'autres partenaires. Ces actions vont cibler principalement l'amélioration de la couverture sanitaire dans des zones éloignées et donc, la résolution

des problèmes en rapport avec quelques indicateurs de santé qui demeurent préoccupants au pays. Leurs attentes envers la présente étude consistent à :

- Proposer un modèle « *d'Action Communautaire* » ou un ensemble de balises permettant de comprendre comment pouvoir mener de telles actions avec succès;
- Déterminer les éléments de réussite à prévoir pour définir les conditions optimales d'implantation, les mesures d'accompagnement au moment de la mise en place, le suivi et l'évaluation;
- Aider le MS à développer la structure de gestion de la composante communautaire qui est entrain de se mettre en place au niveau central;
- Donner une idée sur ce qui se réalise en termes de projets et d'initiatives;
- Proposer une vision ou une stratégie claire en matière de ce type d'approche en santé.

ii. Catégorie des membres d'organisations internationales et de coopération

Cette catégorie de participants voit que, le MS au Maroc ne doit pas être figé dans un seul modèle de santé communautaire. L'essentiel est de faire participer la population dans la prise en charge de ses propres problèmes de santé par un appui technique à travers une assistance technique méthodologique minimale, et en jouant le rôle de « catalyseur », qui permet de mettre les membres de la communauté ensemble pour réfléchir sur leurs besoins.

Selon les personnes interviewées, la structuration organisationnelle de la santé communautaire au Maroc ne doit pas se faire au niveau central, mais doit plutôt faire grande place aux régions et aux provinces avec une organisation plus périphérique et locale. Le niveau central devrait être constitué d'une cellule chargée essentiellement de la recherche et du suivi des performances sanitaires sur la base des indicateurs de la santé et de juger de la pertinence des projets et de leurs impacts potentiels par

l'évaluation des actions et des conditions locales dans les communautés lors de la proposition de projets. Cette structure centrale devrait aussi concevoir et mettre en œuvre les supports et les moyens didactiques utiles à la formation et à l'information. On devrait y trouver un leadership constitué d'équipe formée de personnes motivées et réceptives aux nouvelles idées de projets et d'initiatives communautaires. Alors qu'au niveau local, il devrait y avoir des équipes formées pour assurer l'appui technique à toutes les équipes des projets de la région, y compris les associations, et laisser une grande place à l'initiative locale. À ce niveau aussi, il est important de veiller à l'implication de tous les partenaires dès le départ en laissant aux responsables des formations sanitaires périphériques le rôle de pilotage, au lieu de l'intervention d'un niveau provincial ou régional. Ces deux niveaux interviennent dans la supervision et le suivi et l'appui logistique. Certains participants suggèrent d'associer des membres de la communauté aux associations chargées de suivre les interventions pour assurer plus de représentativité de la population.

3.2.2. RÉSULTATS DE L'ANALYSE SWOT

a. Aperçu sur l'analyse SWOT

L'analyse SWOT (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats), FFOM (Forces - Faiblesses - Opportunités - Menaces) ou AFOM (Atouts - Faiblesses - Opportunités - Menaces), est un outil d'analyse stratégique. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un programme, d'un projet, d'un territoire, d'un secteur, etc., avec celle des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement [13].

L'utilisation de l'analyse SWOT est principalement centrée sur l'évaluation de projets et de programmes. Dans l'étude des projets, l'utilisation de l'analyse SWOT en fonction du temps (passé et futur) est particulièrement bien adaptée à l'identification des orientations devant être renforcées dans le futur. Elle permet, en outre, d'obtenir rapidement une auto-évaluation des acteurs sur le contexte du projet [13].

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

Le choix de l'outil d'analyse SWOT dans cette étude a pour but de formaliser les points positifs et négatifs des projets et d'identifier les facteurs de leurs environnements pouvant les influencer favorablement ou défavorablement. Elle permet aussi de réduire les incertitudes et ainsi d'affiner ou d'évaluer la stratégie à préconiser. Elle fait partie des outils qui permettent l'étude de la pertinence et éventuellement de la cohérence de certains programmes ou d'une stratégie dans son ensemble. Au cours de ce type d'analyse, la synthèse des différentes études déjà réalisées est importante, car elle permet, au-delà de l'identification des facteurs clés, une mise en relation entre eux. Elle ne peut être efficace que si une hiérarchisation au sein de chacun des facteurs a d'abord permis d'éliminer les points secondaires pour ne garder que les phénomènes importants et influençant l'évolution et les résultats des projets.

Le schéma ci-dessous symbolise la relation entre les facteurs de l'analyse SWOT.

			APPROCHE INTERNE		
			Liste des forces	Liste des faiblesses	Examiner en quoi les forces permettent de maîtriser les faiblesses
			Comment maximiser les forces ?	Comment minimiser les faiblesses ?	
APPROCHE EXTERNE	Liste des opportunités	Comment maximiser les opportunités ?	Comment utiliser les forces pour tirer profit des opportunités?	Comment corriger les faiblesses en tirant profit des opportunités?	
	Liste des menaces	Comment minimiser les menaces ?	Comment utiliser les forces pour tirer réduire les menaces?	Comment minimiser les faiblesses et les menaces?	
	Examiner en quoi les opportunités permettent de minimiser les menaces				

Source : EUROPA. Outils d'évaluations : SWOT [13].

b. Résultats de l'analyse SWOT

Nous avons pu passer en revue des expériences communautaires implantées dans certaines provinces avec l'appui financier d'ONG internationales et des organismes des Nations Unies (UNICEF, FNUAP, GTZ, etc.) dans le cadre de la coopération bilatérale. L'analyse de ces expériences a permis les constats suivants :

i. FORCES

- La pertinence incontestable de la plupart des projets examinés, qui répondent à la fois à des besoins réels de la population cible et aux priorités politiques et stratégiques des acteurs nationaux et internationaux concernés;
- Le respect des critères d'implantation a été une force dans certaines des expériences examinées, avec un processus d'implantation qui respecte les critères de mise en place dans certains de ces projets :
 - o Enquête d'identification des besoins;
 - o Identification des partenaires locaux et des associations locales, avec lesquelles le personnel de la santé peut travailler dans le cadre de partenariats;
 - o Rencontres avec les différents partenaires locaux;
 - o Identification, sélection et formation des acteurs et des intervenants;
 - o Identification des bénéficiaires;
 - o Constitution des comités techniques et des comités de suivi locaux;
 - o Mise en place du projet sur le terrain;
 - o Démarrage des séances d'éducation pour la santé en parallèle avec les activités des projets auprès des bénéficiaires, et l'élaboration de modules de formation en développement durable dans certains sites;
 - o Formation continue auprès des acteurs, des intervenants et des membres de bureau des associations locales;

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

- Le management associatif des interventions au lieu de la participation de la communauté à travers des individus (DAO, mutuelles communautaires);
- L'institutionnalisation (de façon partielle) des partenariats entre les acteurs concernés par la mise en place de conventions;
- Une influence positive sur les autres partenaires par l'amélioration de leurs connaissances sanitaires dans le temps d'une part, et pour certaines interventions, sur les structures sanitaires en place, elle-même, dans le cadre de ces projets du fait de :
 - o La potentialisation des résultats des interventions sanitaires des structures sanitaires dans le cadre de travail de collaboration avec les autres partenaires locaux;
 - o Le renforcement des ressources humaines en effectif;
 - o La formation et la sensibilisation du personnel de la santé à l'approche communautaire de la santé ;
 - o L'amélioration et l'harmonisation des relations entre le personnel de la santé, la population et les autres partenaires;
- L'impact positif des projets en termes d'influences sur la population et les partenaires locaux :
 - o L'adhésion, au départ, d'une partie importante de la population aux projets, en dépit de sa restriction ultérieure à une faible proportion;
 - o La sensibilisation d'une grande partie de la population bénéficiaire des projets quant aux principes de l'autogestion et de la prise en charge de son propre développement en général;
 - o La création d'associations locales pour le développement, malgré certaines réticences quant à l'amalgame éventuel au niveau des rôles à jouer au sein des comités de développement local (CDL) et au sein de l'association;

- o La contribution à la dé-marginalisation du quartier, au regain de confiance des résident(e)s et à la consolidation d'une certaine dynamique sociale émergente;
 - o La mobilisation sociale en faveur du droit à la vie et à la santé, surtout pour les interventions sur la santé des mères et des enfants;
 - o La conscientisation et la mobilisation des communes concernées en faveur de l'amélioration des conditions sanitaires des populations, ainsi que la prise de conscience des besoins en matière de santé chez certains élus;
 - o La motivation des Provinces, des autorités locales et des services de santé est en augmentation partout, mais reste variable selon la conviction qu'ont les différents responsables de l'utilité de cette approche et du degré de participation et de responsabilisation qu'ils doivent accorder à la population et ainsi, la considérer comme acteur à part entière.
- Une intégration de la sensibilisation à l'approche communautaire dans les activités propres des projets mis en place;
 - Le coût de fonctionnement des projets modique dans certaines interventions qui nécessitent seulement une réorganisation des ressources locales déjà en place.

ii. FAIBLESSES

Les différentes faiblesses répertoriées dans le cadre de notre analyse concernent essentiellement : la formation, l'implantation, la gestion des projets, problèmes de suivi, d'évaluation et de diffusion des résultats, le financement, ainsi que les partenariats.

La formation

Les lacunes de formation, visibles en termes d'insuffisance de compétences en planification, en gestion, et en communication pour les membres des comités, le professionnel de soutien (de santé ou autres partenaires). Les participants aux projets ne bénéficient pas d'une formation adéquate préalable au lancement des initiatives, que ce

soit pour la durée de la formation initiale qui est généralement très courte, ou pour la formation continue qui est très faible ou inexistante pour quelques projets.

L'implantation

Un bon nombre de ces faiblesses est du à l'absence de diagnostic communautaire précédant les projets qui conservent un caractère verticale des approches. Ceci est la cause d'un mauvais ciblage initial des sites d'implantation dans quelques projets.

Pour l'implantation et la mise en œuvre, le non respect des critères d'implantation, pour certaines interventions et au niveau de certaines provinces, a menacé la qualité de la mise en œuvre et les résultats de l'intervention dans bon nombre d'interventions. De même, l'irrégularité et la faiblesse des activités et des séances de sensibilisation aux projets, aussi bien en faveur de la population que pour les autres partenaires, et le manque de compétences et de supports pour assurer cette tâche, peuvent affaiblir la mise en œuvre de l'intervention et réduire sa portée. Ces activités de sensibilisation demandent donc à être intensifiées dans de nombreux sites pour pouvoir les relancer. Il faut noter aussi que l'absence de gestion par objectifs de la phase d'implantation et de vérification de l'atteinte des cibles visées pour l'ensemble des projets constitue une autre menace pour cette phase.

En analysant les processus, on se rend compte que malgré la définition précise des bénéficiaires potentiels des actions au départ, on ne réussit pas toujours à les rejoindre et on se retrouve à la fin de l'intervention avec une population différente de celle ciblée par les projets. Ceci est dû en grande partie à des lacunes quant à la sensibilisation des acteurs et des bénéficiaires et au monitoring des actions et d'évaluation du processus de la mise en place qui permettraient d'identifier ces anomalies en cours de route et de les corriger.

Certains projets présentent une faible collaboration et une faible coordination avec les autres partenaires locaux, ainsi qu'une implication effective relativement très faible, aussi bien des citoyens que de la communauté en général.

La gestion des projets

Les comités, et surtout les comités locaux, rencontrent des difficultés à gérer convenablement les projets du fait de la confusion relative à la nature des tâches et au type d'implication de certains membres. Ces difficultés sont dues en grande partie aux lacunes de formation des membres à la nature des rôles qu'ils doivent assurer et aux outils de communications qu'ils doivent maîtriser. À ces difficultés, s'associe le défaut de plan d'action de travail, élaboré à partir d'une stratégie globale d'intervention. Ceci est dû en grande partie à un manque de maîtrise de la démarche d'élaboration d'un plan d'action et des modalités et lignes de conduite en vue de la réalisation des projets et à l'improvisation qui a caractérisé les actions de mise en œuvre par les responsables des comités provinciaux lors de l'implantation. Une autre difficulté qui est représentée par le problème de changements des responsables aux différents niveaux : local, provincial, régional, voire même central, représenté par un « point focal » qui a changé plusieurs fois.

Problèmes de suivi, d'évaluation et de diffusion des résultats

Les résultats et les impacts de la plupart des interventions sont difficiles à mettre en exergue, à mesurer et à suivre dans le temps du fait de l'absence ou de la faiblesse de documentation des activités locales, qui permettrait de juger de l'évolution du projet et de suivre son développement dans le temps. En effet, on note l'absence de mise en place de circuit de l'information standardisé renseignant sur le déroulement des activités, les retards et l'irrégularité de la production et la transmission des rapports d'activités aux niveaux supérieurs et aux différents comités de suivi et de gestion. À cela, s'ajoutent les difficultés d'isoler le rôle propre et spécifique des projets par rapport aux autres facteurs qui peuvent encourager des changements :

- o L'amélioration des infrastructures pouvant accompagner les projets ;
- o L'amélioration de la qualité des services de santé ;
- o L'accès élargi des populations aux médias audiovisuels ;

- o Le développement d'autres projets de développement dans le domaine de la santé ou autres secteurs connexes.

De plus, le comité provincial de soutien et d'orientation de certains projets, devant normalement être prévu pour tous les projets, fait défaut ou effectue des rencontres très irrégulières ne permettant pas de renseigner sur le déroulement des activités ni la détection précoce des anomalies éventuelles. Ceci est alourdi par l'insuffisance et l'irrégularité des activités de supervision, l'absence de normes standards préétablies pour les réaliser, ainsi que l'absence de prévision de mécanisme de monitoring et d'évaluation réguliers dans les plans d'action.

Quelques projets souffrent de l'absence d'une définition claire des objectifs initiaux en termes de réalisations quantifiables, que ce soit en rapport avec les activités des projets à réaliser ou en rapport avec les indicateurs sanitaires qui lui sont liés pour les surveiller et les suivre régulièrement.

On note aussi que la diffusion et la valorisation des résultats des projets ne sont pas des pratiques courantes dans le cadre du suivi. Un processus de diffusion planifié pourrait permettre de discuter des résultats atteints et de débattre sur l'avenir des activités avec les partenaires intéressés.

Le financement

La viabilité économique de plusieurs des projets étudiés reste très discutée et non garantie du fait qu'il n'y a pas de définition préalable des modalités de financement récurrent prévues pour la continuité des activités et de l'absence d'engagement clair et institutionnalisé de la part des différents partenaires. Le coût de fonctionnement de certains projets apparaît modique, mais il semble davantage relié à de faibles coûts, la sous-activité de la part des associations ainsi que des frais salariaux (pour certains employés) en deçà des minima légaux, qu'à une bonne gestion ou une génération de ressources locales. En effet, quelques interventions arrivent à équilibrer leurs budgets,

mais souvent au détriment de la qualité du projet et des actions entreprises pour assurer une certaine « survie », ce qui constitue une menace à leur avenir proche.

La volonté des communes locales à assurer le financement de certaines activités de manière régulière est très limitée, malgré qu'elle apparaisse très accessible. En effet, la participation des communes ne représente qu'une fraction de contribution très minime et possible, vues les capacités locales. Il faut noter aussi l'insuffisance des moyens et ressources dans les structures de support, qui souffrent elles-mêmes de limitation des moyens et de manque en personnel sensibilisé pour appuyer les projets.

Les partenariats

Les obligations contractuelles ne sont pas toujours clairement définies, malgré l'institutionnalisation de certains projets, ce qui nuit à leur durabilité puisqu'elle est rarement bien définie à la phase de préparation des projets. Même lorsque les projets sont institutionnalisés et réglementés par des conventions qui clarifient les liens entre les principaux partenaires, on n'arrive pas à réviser ces engagements au cours du temps afin de les actualiser et de combler les éventuelles lacunes qui peuvent survenir.

Enfin, il est évident dans de nombreuses initiatives que les faiblesses sur les plans de la coordination intersectorielle, de la collaboration-coordination et de la communication entre les structures de soutien (différents départements étatiques) et les comités locaux constituent des freins à la pérennité et l'institutionnalisation des projets.

iii. OPPORTUNITÉS

La mobilisation des associations locales autour des problèmes de santé, qui sont généralement plus motivées que des individus isolés, constitue une opportunité au développement d'initiatives à base communautaire. Ces associations bénéficient d'améliorations institutionnelles et fonctionnelles tout comme les acteurs de la société civile et le tissu associatif en général dans le pays.

Les différents organismes de coopération déclarent être en faveur du rôle que peuvent jouer les partenaires du MS en matière d'approche communautaire au Maroc. En effet, ces acteurs semblent être plus que jamais prêts à soutenir la mise en place d'un modèle de SC propre au Maroc dans ce domaine.

L'avènement de l'Initiative Nationale de Développement Humain (INDH) comme approche visant le traitement des problèmes du développement local en général met à disposition des ressources et moyens qui peuvent être utilisés pour la réalisation de projets à base communautaire pour résoudre des problèmes de santé particuliers. De plus, les nouvelles opportunités apportées par l'INDH, notamment par l'encadrement en profitant des structures de travail déjà en place pour les comités local et provincial et les possibilités de financement qu'elle peut apporter, sont favorables aux projets étudiés.

De tels financements peuvent s'améliorer du fait que des schémas de financement plus viables sont à l'étude pour certains projets :

- Subventions plus élevées garanties par conventions;
- Certaines communes sensibilisées aux problèmes de santé et qui déclarent être prêtes à consentir un effort financier plus important pour soutenir et maintenir certains projets dans leurs territoires (dotation de proportions du budget ou de la dotation de TVA);
- Développement d'une activité connexe capable de générer des recettes;
- Possibilité de recours à des fonds supplémentaires (INDH, ADS);
- Les partenariats et l'engagement d'autres partenaires (exemple du secteur privé).

Ainsi, la consécration du principe de proximité comme moyen de mener la gestion des affaires publiques, l'accélération du processus de la décentralisation, la révision de la charte communale (déjà réalisée) et la régionalisation, place désormais la communauté au centre de la dynamique de développement et constitue, avec le développement important du tissu associatif, des opportunités pour la mise en œuvre d'une vision claire sur la santé communautaire.

iv. MENACES

Le fait de s'adresser dans certains projets à des « personnes-relais » pour faire le lien entre le projet et la population, au lieu de faire affaire avec des « organisations-relais » pour assurer ce rôle, peut menacer la pérennité et la continuité de ces actions. De même, l'improvisation et l'absence de gestion planifiée constituent des sources de ralentissement et de blocage. De plus, la pérennité des projets peut être menacée, en outre, par l'absence d'identification et de prévision de sources de financement stables et récurrentes et l'absence de prévision de méthodologie claire et d'outils nécessaires au suivi et à l'évaluation du processus, des effets et des impacts et aussi, par l'absence de cadre de partenariat institutionnalisé.

Enfin, deux autres menaces à la mise en œuvre des approches communautaires peuvent être identifiées :

- La politisation des approches communautaires surtout lors des périodes électorales ;
- La priorisation des intérêts personnels chez certains participants.

4. DISCUSSION

L'organisation de la santé communautaire au Maroc doit être un choix stratégique qui va permettre au Ministère de la Santé de répondre à certains enjeux importants pour le système de santé marocain. Ces enjeux concernent les problèmes de couverture sanitaire et d'inégalité d'accès aux soins qui touchent principalement les milieux défavorisés et éloignés (le milieu rural), pour lesquels l'approche en santé communautaire peut favoriser la mobilisation des ressources locales et faire participer la population et les partenaires locaux. Cette approche pourrait contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé qui posent problème au pays et servir aussi de moyen pour répondre à l'obligation de favoriser la participation de la population aux différentes actions qui vont contribuer au développement local, tout en répondant au

droit de cette population d'être consultée pour ses propres problèmes de santé et de développement.

De multiples directions centrales ont participé aux expériences antérieures d'initiatives à base communautaire en santé, souvent avec une vision et une approche différentes, en collaboration avec des organismes variés, et donc de façons distinctes. Ceci ne permet pas d'avoir la même vision ni d'apprendre de ces interventions aux deux niveaux : au plan local, de par la multiplication des intervenants et des conceptions, et au plan national, du fait de l'absence de diffusion de l'information et du cloisonnement existant entre les directions et services. Le MS doit intervenir pour exercer un contrôle sur ces actions, surtout en ce qui concerne l'information et l'orientation à suivre sur le plan national, essentiellement par la mise en place d'une structure dédiée à ce niveau, qui va s'occuper de la gestion d'initiatives à base communautaire au niveau central.

Il serait par ailleurs difficile de concevoir et proposer un modèle unique pour les interventions à caractère communautaire dans le domaine de la santé, du fait des spécificités locales propres à chaque région, et donc de problèmes précis et différents auxquels il faut s'attaquer au moyen d'actions qui tiennent compte des besoins et des capacités locales, ainsi que des ressources et des compétences disponibles. Néanmoins, il est possible d'élaborer une feuille de route ou des principes d'orientation à suivre pour mener à bien ces actions, ainsi qu'un « guide d'actions communautaires ».

Ces actions devraient idéalement s'inspirer de ce guide, mais être conçues et gérées localement, en tenant compte des moyens, des capacités et des caractéristiques locales, tout en faisant appel à l'organisation de la population locale et à l'appui des professionnels de la santé présents sur les lieux ainsi que de l'ensemble des parties prenantes impliquées : les autres départements du MS, les autres ministères, l'INDH, l'ADS, les ONG, les organismes internationaux de coopération et le secteur privé. Ces actions nécessitent l'établissement de partenariats institutionnalisés par des conventions qui préciseront les responsabilités et les obligations de chacune des parties prenantes qui accepte de participer à ces initiatives.

La gestion des initiatives à base communautaire, quelle que soit son origine, ne doit pas être assurée par le niveau central, mais elle doit être conçue et gérée au niveau local (Centre de santé-Province-Région). Cependant, on note une absence de vision claire et commune en matière d'approche communautaire dans les interventions en santé chez certains responsables locaux du MS qui n'arrivent pas à enrichir leurs pratiques à l'aide de ce concept en l'utilisant dans la planification de leurs actions et interventions. Il est donc essentiel de les sensibiliser à intégrer cette approche dans la mise en place de la majorité de leurs interventions, surtout en milieux défavorisés ou inaccessibles. L'incorporation de l'approche dans la pratique de ces responsables doit faire partie de leurs compétences et donc de leurs responsabilités. Le niveau local doit, pour sa part, assurer un accompagnement de proximité, continu dans le temps, par un appui technique, logistique et en matière de ressources. Il est nécessaire d'impliquer davantage les agents de santé présents localement, surtout les médecins. Par contre, l'absence de sensibilisation et de formation initiale en matière d'approche communautaire peut expliquer en partie leur indifférence envers ces initiatives. Leur implication doit passer obligatoirement par la sensibilisation et la formation en matière de santé communautaire (formation initiale et continue).

Localement aussi, on note des difficultés à faire participer l'ensemble des acteurs locaux et l'absence de plan stratégique local en matière de communication et de sensibilisation avec des idées claires sur les moyens efficaces à mettre en œuvre pour assurer la pleine participation de la population dans les différentes interventions. À ces difficultés s'ajoute la problématique de la compétence des participants et des acteurs qui acceptent de participer. Les comités locaux rencontrent des difficultés à gérer convenablement les projets du fait de la confusion relative à la nature des tâches et au type d'implication de certains membres. Il est donc nécessaire d'améliorer ces compétences à l'aide d'une plus longue période de préparation et une stratégie efficace en matière de formation.

Dans le même sens, les associations locales, qui pour la majorité sont nouvellement créées du fait d'un vide existant ou du manque de confiance en celles déjà en place

(d'après certains participants), ne sont pas encore arrivées à maturité pour pouvoir gérer les projets avec succès et assurer la continuité et l'appropriation.

L'ensemble de ces facteurs locaux contribue à ce que, dans la majorité des interventions, les dirigeants n'arrivent pas à véritablement mobiliser la population et les bénéficiaires autour des problèmes de santé traités et à parvenir à une véritable participation de la population. L'identification et l'encouragement du leadership, surtout local, est une étape clé dans la réussite et la pérennité de toute intervention communautaire. Les professionnels de santé doivent jouer ce rôle au début, en attendant l'émergence de capacités locales pouvant prendre le relais par la suite. Ils doivent donc disposer d'une formation dans les domaines de la mobilisation sociale et dans les habilités de communication qu'il serait important d'intégrer dans les programmes de formation de base et la formation continue des professionnels et des cadres de la santé.

Par ailleurs, d'autres partenaires peuvent être sollicités pour assurer, en collaboration avec le personnel de la santé, cette tâche de capacitation des associations locales des élus et des leaders identifiés dans la population, en particulier l'Agence de Développement Social (ADS) qui, par l'intermédiaire de son axe stratégique de formation et renforcement des capacités (FRCA) peut assurer cette mission. En effet, l'appui aux associations qui sont des partenaires de l'agence fait partie de l'un de ses trois programmes (Axe d'appui à la qualification des associations locales) [14]. L'ADS est un établissement public, dont la tutelle est assurée par le Ministère du Développement Social, de la Famille et de la Solidarité, dédié à la réduction de la pauvreté et à la promotion du développement social au Maroc, en complémentarité avec les autres instruments étatiques qui contribuent à réduire le déficit social [14]. Son intervention se fait à travers la consolidation du capital humain et social grâce à :

- des actions de formation et de renforcement des acteurs du développement local;
- la promotion et le développement des activités génératrices de revenus et créatrices d'emplois;

- l'amélioration des conditions de vie des populations ciblées, aussi bien en milieu rural qu'urbain.

On note aussi que la diffusion et la valorisation des résultats des projets ne sont pas des pratiques courantes dans le cadre du suivi. Cette diffusion doit se faire par le biais de rencontres, séminaires, journées ou colloques à l'échelle locale, provinciale ou régionale voir même nationale, pour discuter des résultats atteints et débattre sur l'avenir des activités avec les partenaires intéressés.

5. RECOMMANDATIONS

Rappelons que l'objectif de ce travail consiste à mettre à la disposition des décideurs politiques au niveau central et des gestionnaires des services de santé au niveau régional et provincial, un « modèle de santé communautaire ». Nous savons qu'en raison de la diversité des communautés et des différences qui existent dans leurs structures et leurs capacités, il est difficile d'avoir un modèle unique d'action communautaire au Maroc ou n'importe où ailleurs dans le monde. Donc, notre proposition sera sous forme d'un ensemble *de principes et de pistes d'orientations* à prendre en considération pour la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation d'une telle approche.

Deux dimensions sont à retenir dans cet effort :

- 1) *Dimension de promotion et de reconnaissance* : dont l'objectif général est de promouvoir l'approche communautaire au sein des institutions étatiques et auprès des autres partenaires, pour qu'elle soit reconnue et valorisée;
- 2) *Dimensions de la réglementation et de la gestion* : dont l'objectif est de doter cette approche d'un cadre réglementaire et de gestion et d'établir des balises et un mode de gestion avec reddition des comptes et définition de plans de suivi et de gestion.

Avant d'aborder les recommandations proprement dites, il nous paraît nécessaire de passer en revue de façon très brève, quelques modèles d'organisation de la santé communautaire à travers trois exemples différents de mise en œuvre de l'approche communautaire dans la prise en charge des déterminants sociaux de la santé. Ces exemples ont été sélectionnés en raison de l'intérêt manifesté par l'ensemble des participants nationaux à l'analyse de ces efforts, en plus de leur concordance avec les réalités et les spécificités locales. Le but principal de ce choix est de pouvoir faire sortir les éléments de réussite et d'échec qui peuvent servir de leçons dans le cadre d'une

éventuelle extension au niveau national. En ce sens, l'analyse des expériences internationales n'a pas été l'objectif principal de ce travail.

5.1. QUELQUES MODÈLES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MONDE

5.1.1. MODÈLE INTÉGRANT L'APPROCHE DANS LE SYSTÈME NATIONAL DE SANTÉ (EXEMPLE DU QUÉBEC/CANADA)

Au Canada, depuis les années 60, la santé publique a pris de plus en plus de distance vis-à-vis de l'hygiène publique traditionnelle. Les thèmes comme la prévention des maladies cardiovasculaires et des cancers, la médecine globale, qui englobe la prévention et les interventions de nature curative dans une même pratique, la remise en question du système traditionnel de santé publique sont constamment évoqués [9]. Pour bien montrer cette distanciation par rapport à la santé publique traditionnelle, l'expression « santé communautaire » se substitue à celle de « santé publique ». Le concept de santé communautaire inclut, en effet, celui de médecine globale et de participation de la population locale à la gestion des centres de soins et à l'élaboration des activités de prévention et de promotion de la santé. Au Québec, avec la réforme radicale de l'organisation des services de santé et des services sociaux entreprise au début des années 70, les unités sanitaires de comté et les services de santé municipaux existants disparaissent pour être remplacés par de nouvelles structures de santé publique. Ce sont essentiellement les Départements de Santé Communautaires (DSC) à l'échelon sous-régional et les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) à l'échelon local. Les DSC ont le mandat de [9] :

- Réaliser des études sur les besoins sanitaires de la population du territoire desservi;
- Faire des enquêtes sur les épidémies et prendre les actions appropriées;
- Élaborer et mettre en œuvre des programmes de prévention en collaboration avec les CLSC.

Dans les faits, les départements s'intéressent de moins en moins aux maladies infectieuses et se concentrent sur des activités liées à la prévention des maladies chroniques et à la promotion de la santé.

Les DSC sont localisés dans autant d'hôpitaux, avec mission d'établir des liens avec les services curatifs, ce qui constitue une nouveauté par rapport à ce qui existait depuis le début du siècle, alors que les services préventifs et les services curatifs étaient séparés et avaient peu de relations les uns avec les autres.

Les CLSC sont des établissements qui ont une triple mission : fournir des soins curatifs et préventifs, des services sociaux individuels et des services dits d'action communautaire. Les services qu'ils fournissent comprennent : la médecine générale, la médecine du travail, les immunisations, les soins pré et postnataux, le planning familial, l'éducation sanitaire, les services sociaux généraux comme l'assistance éconómico-sociale, l'assistance psychosociale et les pratiques d'action préventive. S'ajoutent les programmes plus spécifiques qui font surtout appel à l'approche globale et communautaire et à la pluridisciplinarité, comme le maintien à domicile des personnes âgées, l'aide aux handicapés physiques et mentaux, la garde des enfants, l'aide aux jeunes enfants et aux adolescents sur le plan santé et réadaptation sociale [9].

Dans la tourmente des diverses réformes du système de santé des années 1990 et 2000, les DSC ont disparu, mais les CLSC ont été maintenus et gardent leur place dans le réseau de santé. Les CLSC combinent donc l'approche communautaire, la promotion de la santé, la prévention et la prise en charge des problèmes de santé et des problématiques sociales. Leurs interventions sont basées sur l'analyse des besoins de la communauté, la participation citoyenne dans les comités et l'accès gratuit pour tous en fonction des besoins.

Le modèle Québécois répond à la définition présentée dans l'introduction où la santé communautaire est une approche à la dispensation de soins de santé à la population par des mesures préventives, curatives et de réadaptation, doublée d'autres mesures à caractère social, économique et politique, faisant largement appel à la participation

populaire. Les services sont dispensés à des populations géographiquement définies, sous forme de soins de santé primaire, premier niveau d'un système régionalisé établi idéalement selon les principes de la planification participative et ayant débouché sur un service national de santé [5].

Ce modèle fait de la SC la base de la dispensation des soins, en l'intégrant au premier contact de la population avec le système de soins, et en faisant largement place à la participation de la population à la gestion. Un tel modèle nécessite des ajustements complexes et étalés dans le temps qui vont retentir forcément sur l'ensemble des composantes du système national de santé. En plus de sa complexité, on note le coût que peuvent engendrer de telles modifications à une très grande échelle.

Plusieurs pays africains tentent de mettre en place un système de soins de santé primaire à base communautaire, c'est en effet le cas de l'Afrique du Sud [1], du Ghana [15], du Sénégal et du Mali.

5.1.2. MODÈLE INTÉGRANT L'APPROCHE AU NIVEAU MUNICIPAL (EXEMPLE DU BRÉSIL)

Un peu partout dans la région de l'Amérique latine, des réformes du secteur de la santé ont été faites dans le but de rationaliser le financement des soins de santé et de la décentralisation de l'autorité sur le plan planification et la mise en œuvre. Ces réformes ont de plus en plus intégré d'autres objectifs, tels que l'amélioration de la qualité et l'accroissement de l'équité des soins [16].

Depuis la fin des années 1980 le système de santé au Brésil a été l'objet d'un processus visant la réforme du secteur de la santé, l'emblème de qui a été la nouvelle constitution approuvée en 1988. La constitution a institutionnalisé des droits sociaux universels, y compris le droit à la santé, qui est ensuite devenu un droit du citoyen, et l'obligation de l'État et sa responsabilité d'y répondre, a contribué à créer le système de santé national brésilien [17].

En effet, la constitution fédérale brésilienne définit la santé comme étant un « *droit de tous et devoir de l'État* ». Dans ce cadre, un Système Unique de Santé (SUS) a été créé en 1988, marquant le développement de la politique de santé du Brésil. Les directives qui orientent le fonctionnement du système unique de santé sont [17] :

- la *décentralisation* – le transfert de responsabilité de gestion pour les villes, sous des déterminations constitutionnelles et légales, qui fondent le système unique de santé et qui définissent les attributions communes et les compétences spécifiques au niveau fédéral, des États et des villes ;
- la *hiérarchisation* – organisation des services de santé selon la complexité et les actions développées;
- la *régionalisation* – actions de santé dispensées dans un secteur géographique délimité, avec définition de la population concernée ;
- la *participation des citoyens* – garantie constitutionnelle de la participation de la population, par ses entités représentatives, au processus de formulation des politiques de santé et du contrôle de son exécution, à tous les niveaux, du fédéral au local.

En effet, l'un des grands principes du système de santé brésilien est la participation de la communauté, qui est intégrée à l'approche des soins de santé primaires en général. Ainsi, des réunions avec des membres de la communauté (des bénéficiaires, des organisations non gouvernementales, de la population, des écoles, des représentants de l'église, etc.) sont organisées chaque mois. Les réactions et les commentaires sont alors transmis au Conseil municipal de la santé qui instaure ensuite les changements nécessaires.

L'approche communautaire de la santé est du ressort des conseils municipaux qui en assurent la planification, la gestion, la mise en œuvre et l'évaluation. Les conseils de santé existent dans 99% du total des communes et plusieurs services de santé sont mis en place en partenariat entre la population et les associations [16].

5.1.3. MODÈLE D'INTÉGRATION DE L'APPROCHE SOUS FORME D'INITIATIVES À BASE COMMUNAUTAIRE AU NIVEAU DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ (EXEMPLE DU SULTANAT D'OMAN)

Dans le but d'améliorer la santé de la population en impliquant la communauté dans la prévention et la prise en charge des maladies, le MS au Sultanat d'Oman a commencé la structuration de la participation des citoyens à la résolution de leurs propres problèmes de santé par l'intégration de Groupes de Soutien de Santé de la Communauté dans les différents programmes. Ces groupes représentent l'interface entre la communauté et le système de soins et ont un rôle de promotion de la santé de la population [18].

Le MS du Sultanat d'Oman a renforcé cette initiative par la constitution, en 2006, d'une structure chargée de l'approche communautaire qui est : le Département Initiatives à Base Communautaire (IBC), dont les attributions sont :

- L'établissement des programmes basés sur des initiatives à caractère communautaire.
- Le suivi, l'encadrement et l'exécution des activités relatives à ces initiatives;
- Le renforcement des capacités et des compétences en matière de santé communautaire.

Le but est de dresser des projets sociaux basés sur une vision des déterminants sociaux de la santé et sur la participation de la communauté. Sur le plan de gestion, il y a des comités de santé dans chaque wilaya avec des réunions mensuelles et la communication des réalisations aux groupes sociaux. Les Walis sont très impliqués dans ces comités.

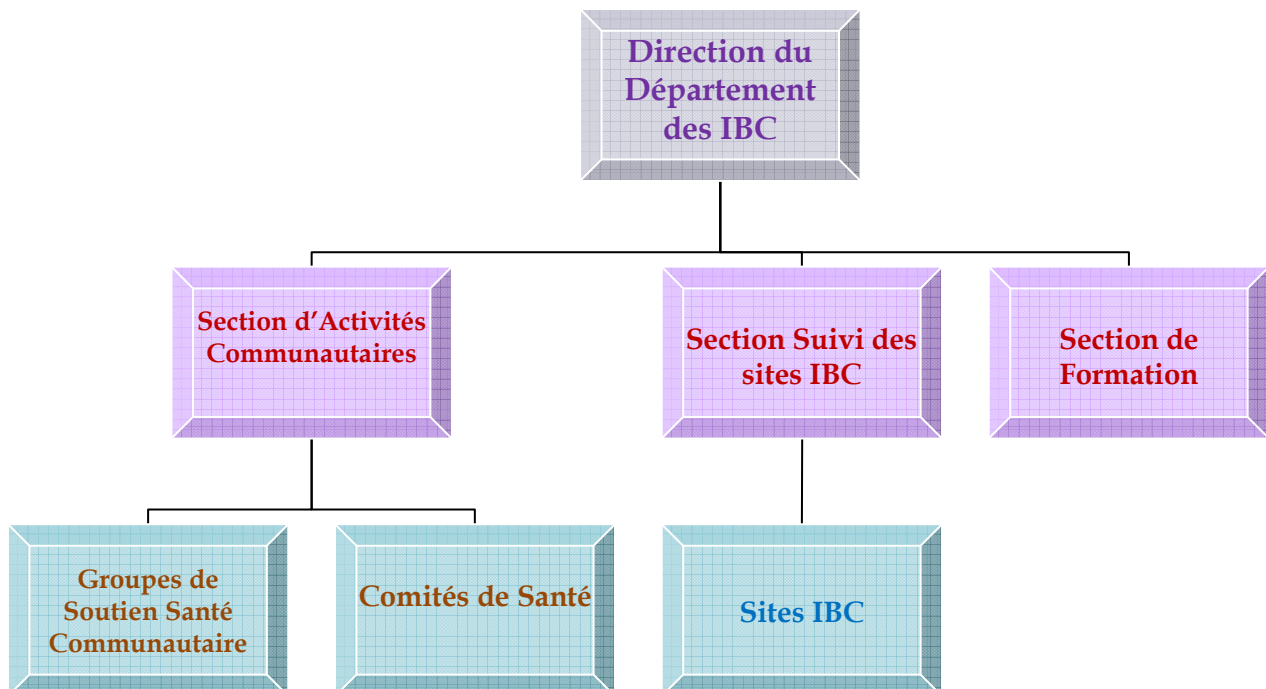
Le département des IBC agit de façon transversale au niveau des programmes de santé communautaire à travers : le diagnostic communautaire, la promotion des actions orientées vers le développement de réseaux sociaux et la participation des ONGs, l'information et l'éducation de la communauté pour la santé, un appui technique et

matériel, la formation des volontaires et l'élaboration des plans d'action intégrés et multisectoriels.

Ce modèle renferme des facteurs principaux qui peuvent jouer un rôle dans la réussite de la mise en place de l'approche :

- Engagement et soutien des autorités à tous les niveaux (engagement politique);
- Mise en place d'une structure dédiée au sein du MS (Département Initiatives à Base Communautaire);
- Coopération et partenariat étroit avec le Ministère de l'Intérieur et le MS aux différents niveaux (Local-Régional et Central);
- Prévision des ressources matérielles et humaines nécessaires;
- Engagement et participation des professionnels de la santé;
- Participation de la population;
- Mise en place de la composante suivi-évaluation chargée de l'accompagnement des équipes dans les sites d'intervention;

L'organigramme du Département des IBC est le suivant:



5.2. PRINCIPES ET PISTES D'ORIENTATIONS

Nous proposons quatre axes ou pistes d'intervention au MS pour guider l'action et les interventions communautaires en matière de santé dans le but d'établir une « stratégie » propre du Maroc, pouvant inspirer l'ensemble des initiatives en santé à caractère communautaire, quelles que soient leurs origines, leurs financements ou leurs sièges. Ces axes sont :

1. *La mise en place du cadre réglementaire et des structures d'orientation et de gestion de l'approche de SC aux différents niveaux du MS : Central, Régional, Provincial et Local.*
2. *La mobilisation et la participation de la population/communauté* (les individus et les groupes locaux) *et de l'ensemble des parties prenantes aux différents niveaux stratégiques* (Central, Régional, Provincial et Local);
3. *Le soutien des parties prenantes et de la population* dans la réalisation de ces actions à travers l'identification des instances dirigeantes et des structures de gestion, l'aide à leur mise en place, la formation nécessaire et l'accompagnement et l'empowerment des participants et des bénéficiaires;
4. *Le suivi et l'évaluation.*

5.2.1. PREMIER AXE : Doter la SC de cadre réglementaire et d'une structure de gestion bien identifiée au niveau du MS

Cette recommandation vise la mise en place d'une structure formelle et d'un cadre réglementaire et de gestion, ainsi que la mise en place des balises pour une gestion avec reddition des comptes et la définition de plans de suivi et de gestion.

Il est donc nécessaire que l'approche ait un cadre commun avec des adaptations locales pour que la santé communautaire ne soit plus un simple moyen de palier le manque existant, mais plutôt un outil d'intervention en santé à la portée des acteurs locaux avec un arrimage au niveau central.

Un tel cadre pourra permettre de :

- Reconnaître à l'approche sa place dans le système de santé;
- Avoir des normes et des standards ainsi qu'une possibilité de mesure des résultats;
- Élargir les missions et les compétences du personnel de la santé (santé publique et communautaire);
- Améliorer le suivi et l'évaluation de l'atteinte des objectifs d'action dans le but d'améliorer la prise de décisions;
- La réplication et la pérennité des interventions.

Concrètement, nos propositions visent essentiellement à stimuler :

- La création d'une structure unique au niveau central qui va s'occuper de la mise en place de l'approche communautaire au niveau du MS afin d'assurer l'encadrement, l'orientation, le suivi/évaluation, la formation et le développement des compétences;
- Le développement d'une expertise nationale en matière de SC;
- Le développement de compétences pour la gestion autonome des actions communautaires aux niveaux périphériques (Régional-Provincial-Local).

5.2.2. DEUXIÈME AXE : MOBILISER ET FAVORISER LA PARTICIPATION

Face à l'échec de nombreux projets de développement essentiellement dans les milieux les plus défavorisés, surtout le milieu rural, les opérateurs et les bailleurs de fonds prônent de plus en plus, depuis des décennies et dans plusieurs régions du monde, des méthodes participatives [2]. Ces approches sont censées permettre une meilleure adéquation des projets aux situations de terrain, garantir l'adhésion de la population et donc, la réussite des projets. Depuis la fin des années 70, la « participation » devient ainsi le maître-mot des débats contemporains sur le développement, repris tant par les ONG que par les institutions internationales, voire même les services techniques locaux. Depuis le milieu des années 90, la participation est censée être au cœur des pratiques de conception et de mise en œuvre de projets communautaires en matière de santé, en

application du principe selon lequel « les bénéficiaires doivent être associés à toutes les étapes du processus, depuis l'identification jusqu'à l'évaluation » [19].

Cependant, les démarches participatives vont bien au-delà de cette simple notion « d'associer » les bénéficiaires aux différentes étapes du projet et doivent aboutir à une redéfinition des relations entre les populations et les groupes sociaux marginalisés ou défavorisés, les acteurs locaux et les intervenants d'une part, et les chercheurs et techniciens d'autre part, en mettant les premiers au centre de l'action publique et les autres à leur service.

i. Mobilisation/participation des autres départements du gouvernement, des Associations, des ONG et des Organismes Internationaux

➤ **Rôle du niveau central**

On nous a dit à maintes reprises, durant les entretiens avec les responsables du MS et ceux des organismes de coopération, que l'action communautaire est une action de « proximité », donc c'est aux échelons local, provincial et régional que doit se faire le contrôle et la gestion de toute initiative à base communautaire, le niveau central étant trop éloigné de cette dernière. Dans cette optique de proximité, le niveau central joue tout de même un rôle déterminant en proposant un cadre général pour guider les actions locales, en y affectant les ressources appropriées et en simplifiant ses structures et les différents processus pour mieux soutenir ces initiatives.

Le niveau central doit veiller à la concrétisation de la coordination entre les différents niveaux du gouvernement par des ententes de partenariats conclues par les ministères entre eux et avec les services régionaux, par les multiples services régionaux entre eux, et avec la collaboration des organismes internationaux, des ONG, de la société civile, des bénévoles et du secteur privé.

L'adoption de projet de loi sur la santé communautaire et la mise en place de modèles de types de partenariats va favoriser la participation de chacune des parties prenantes

dans le cadre de la tâche qui lui incombe et en facilitant leur adhésion en assurant pleinement leurs rôles. Le rôle du ministère de la santé dans la sensibilisation et la mobilisation de l'ensemble de ses partenaires passe par la mise en place de liens formels dans le cadre d'ententes de partenariat et de collaboration.

POUR LES AUTRES DÉPARTEMENTS GOUVERNEMENTAUX

Tous les départements du gouvernement doivent se concerter pour encourager la collaboration et la création de partenariats favorisant l'action communautaire. Le gouvernement ne peut mener des actions sur tous les fronts ni transférer les responsabilités aux autres secteurs ni à la communauté. À l'échelle locale, ses représentants peuvent et doivent aider les leaders et la population et susciter les initiatives et les efforts des organismes publics, du secteur privé, de la communauté, des familles ou des groupes de bénévoles. Le ministère investit déjà beaucoup d'argent dans la santé et, selon l'avis de plusieurs des informateurs interrogés, le gouvernement ne devrait pas trop investir dans les actions communautaires, mais il devrait en revanche :

- Mieux coordonner les activités à l'appui des communautés les plus dynamiques et participer à l'amélioration du leadership à la lumière des exemples de réussite provenant des expériences antérieures examinées.
- Favoriser l'intersectorialité afin de contrecarrer les problèmes d'allocation de ressources ou de financement « en vase clos », où chaque ministère s'occupe de ses programmes favoris sans ne guère tenir compte des considérations intersectorielles.
- Améliorer la coordination entre les différents ministères. La coordination entre les différents niveaux de gouvernement doit se concrétiser par des ententes de partenariats conclues par les ministères entre eux et avec les services régionaux, avec la collaboration des organismes bénévoles et du secteur privé.

POUR LE SECTEUR PRIVÉ

L'entreprise privée en général, et les organismes du secteur privé liés à la santé en particulier (industrie pharmaceutique, fournisseurs de soins médicaux et chirurgicaux et laboratoires médicaux) ont un grand rôle à jouer pour appuyer l'action

communautaire dans les endroits qu'elles desservent, surtout si elles y font des profits considérables. Comme employeur, toute entreprise peut emboîter le pas en implantant des mesures pour améliorer la vie familiale de ses travailleurs et en les aidant à mieux réagir aux différentes menaces et aux problèmes de santé éventuels et de faire face aux contraintes des grands bouleversements actuels. Les entreprises ne peuvent plus vivre à l'écart des communautés où elles s'implantent. Comme personnes morales, elles ont la responsabilité, et les moyens, de contribuer à la santé collective. Leur participation doit être sollicitée et bien encadrée dans le cadre d'ententes de partenariat avec la communauté de desserte ou ses représentants.

Le MS peut veiller à la participation du secteur privé dans des actions communautaires et l'intervention du département ministériel de tutelle dans ce sens serait très opportune (Ministère de l'Industrie et du Commerce), et aussi l'implication d'autres ministères (Ministère de l'Intérieur) et des autorités locales desquelles ces entreprises relèvent localement. Cette participation peut être concrétisée et encadrée dans le cadre d'ententes de partenariat public-privé. En effet, une Division de Partenariat Public-Privé est créée en 2009 au sein de la Direction de la Planification et des Ressources Financières.

POUR LES ORGANISMES INTERNATIONAUX

Les organismes internationaux ne manquent pas de motivation pour l'approche communautaire qui constitue une de leurs principales stratégies de développement local. La mise en place d'une structure de gestion des initiatives à base communautaire au niveau des directions centrales du ministère, va favoriser la présence d'un interlocuteur omniprésent de ces organisations. Cette structure va agir en collaboration avec ces organismes pour une meilleure coordination des actions, pour le traitement des suggestions et les demandes d'appui technique et financier que peuvent lui assurer. Les responsables de la gestion des initiatives à base communautaire au pays peuvent solliciter la participation de ces organismes à des expériences jugées pertinentes dans le

cadre de partenariats et de coopérations, répondre à leurs propositions et les accompagner durant la phase de planification et d'étude des projets.

POUR LA SOCIÉTÉ CIVILE

L'émergence de la société civile comme acteur clé du développement est un des phénomènes les plus remarquables de l'actualité du développement national. Plusieurs organismes internationaux ont appris, au cours de trois décennies de collaboration, que la participation des organisations appartenant à la société civile aux projets et programmes de développement mis en œuvre par les partenaires ou les gouvernements améliore les interventions. En effet, ces organisations apportent leur connaissance du milieu local, mettent à disposition l'expertise technique, et multiplient le « capital social » de ces programmes et projets. En outre, les organisations de la société civile apportent souvent des idées et solutions novatrices, ainsi que des approches participatives à la recherche de solutions aux problèmes locaux. Le niveau central doit contribuer l'identification et le recensement des associations œuvrant dans le domaine de la santé, participer à leur capacitation en collaboration avec d'autres partenaires et les aider à apprendre comment aller chercher un financement plus sûr et plus souple auprès des différentes parties prenantes pour un financement durable de leurs actions communautaires. Ce travail vient de commencer vu que le recensement des associations est déjà fait par la Division de Partenariat Public-Privé (DPP-P), et une journée de réflexion sur le partenariat entre le secteur public et les associations à vocation sanitaire (AVS), sera organisée prochainement par la même Division.

➤ Au niveau régional

Le niveau régional est la structure de santé communautaire qui doit être la plus développée et qui doit avoir une inclinaison des attributions du niveau central à l'échelle de la région et donc, va assurer les mêmes activités auprès des partenaires régionaux. En plus, elle va participer à la gestion des projets et sera ainsi plus proche des intervenants dans le cadre des comités régionaux. On retrouve les mêmes

partenaires qu'au niveau central, représentés par des directions et des départements régionaux, auxquels s'ajoutent les conseils régionaux et les conseils provinciaux. La relation avec le secteur privé et la société civile locale tiendra compte des caractéristiques territoriales et des spécificités locales. Les programmes de décentralisation gouvernementaux, transférant le pouvoir du niveau central au niveau local, ont également donné lieu à des partenariats entre gouvernements et société civile pour la prestation de services. En effet, les liens les plus étroits avec la société civile doivent commencer à s'amplifier à partir de ce niveau devenir plus étroits au niveau local.

➤ **Au niveau local**

Le rôle du niveau local dans la mobilisation des autres partenaires se concrétise à travers ses activités dans le cadre d'un « Comité Local de Gestion » (CLG), dans lequel le personnel local du MS peut jouer le rôle de leader en matière d'approche communautaire (Figure1). Il va participer à l'encadrement et la formation des « personnes proposés par les organismes-relais », favoriser la mise en place du partenariat local et aussi à le rendre effectif et assurer la mobilisation des ressources locales. Un rôle important est celui de contribuer à la capacitation des associations locales et des autres partenaires locaux.

ii. Mobilisation/participation de la communauté et de la population

De nombreuses études soulignent l'importance stratégique de l'engagement et de la mobilisation des populations pour assurer une plus grande participation au sein des processus de planification du développement et d'amélioration des conditions de vie et donc, de la santé de la population au niveau local [2]. La mobilisation de la population, de ses capacités et de ses ressources constitue donc un outil d'action des plus importants, voir le plus déterminant dans toute action communautaire. Le niveau local joue un rôle primordial dans le processus de mobilisation du fait de sa proximité et de sa connaissance et son imprégnation de la réalité et du contexte au plan local.

La mobilisation communautaire propose une façon pour les acteurs locaux d'interagir avec la collectivité cible dans son ensemble, soit les bénéficiaires d'aujourd'hui et de demain, le grand public, les fournisseurs de services de soins de santé et les autres parties prenantes. Bien qu'il s'agisse d'un aspect important, la mobilisation va bien au-delà de la collecte de renseignements et la transmission de l'information. Elle va exploiter les connaissances, les ressources et les expériences personnelles et collectives présentes au sein de la collectivité et en tirer parti afin d'édifier une vision unifiée d'une action communautaire pour faire face à un problème donné. En effet, on entend par *mobilisation de la communauté* le fait de rassembler ses forces pour occasionner un changement par le biais d'un plan d'action [20].

Ainsi, le but de la mobilisation communautaire est d'aider les communautés à connaître leurs problèmes en travaillant à leurs côtés pour renforcer leurs capacités à faire face aux risques, d'identifier des solutions à court et à long terme, de se mettre d'accord sur les priorités, d'élaborer et exécuter des plans d'action et enfin, de suivre et d'évaluer les résultats. Les communautés se mobiliseront lorsque la confiance sera établie et quand elles verront les bénéfices ressortir du processus [2].

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 [21].

Dans la pratique, l'action du personnel du ministère en matière de mobilisation des communautés consiste à établir un contact avec les membres et les représentants de la communauté, de comprendre les dynamiques sociales et de pouvoir dans la communauté, ainsi que de rassembler les gens pour convenir des meilleurs moyens de travailler en partenariat. Cela ne se passe pas toujours spontanément et nécessite

souvent des orientations de la part de facilitateurs efficaces qu'il faut identifier et encourager.

La mobilisation et la participation citoyenne repose sur un ensemble d'activités qui nécessitent une certaine proximité et donc, il est difficile d'imaginer cette tâche réalisée loin de la population. Ceci dit, le rôle du département central peut être très minime à cette étape de l'intervention et doit passer par d'autres canaux que l'action elle-même (les médias audio-visuels, les journaux, etc.).

Ainsi, il revient au personnel de la santé présent localement de jouer ce rôle, mais souvent se pose le problème de ses compétences dans ce domaine. Pour mieux outiller le personnel dans ce sens, il faut prévoir un appui du niveau régional, et éventuellement central, à l'aide d'accompagnement et d'une formation adéquate en matière *d'approche communautaire* en général, et *d'actions communautaires* en particulier, qui puisse être offerte aux personnes impliquées ainsi qu'une formation continue régulière.

Parmi les compétences nécessaires pour assurer une mobilisation efficace de la population, la capacité de mener une analyse préliminaire de la situation locale et des conditions en place qui doit faire partie de la phase de planification de toute intervention. De même, l'examen des résultats de cette analyse de la situation avec les membres de la communauté facilitera le processus de mobilisation de la communauté. Il peut révéler des facteurs facilitant ou au contraire, des obstacles à la mobilisation, tels que des fausses perceptions à propos d'autres acteurs, la méfiance entre différents groupes, un manque d'expertise pour appuyer le processus, un manque d'analyse des causes profondes des problèmes, et/ou un manque d'informations, notamment à propos des déterminants de la santé en général et des problèmes et besoins localement ressentis en particulier. Il est important, et très efficace, d'utiliser les méthodes participatives lorsqu'on travaille pour mobiliser la communauté.

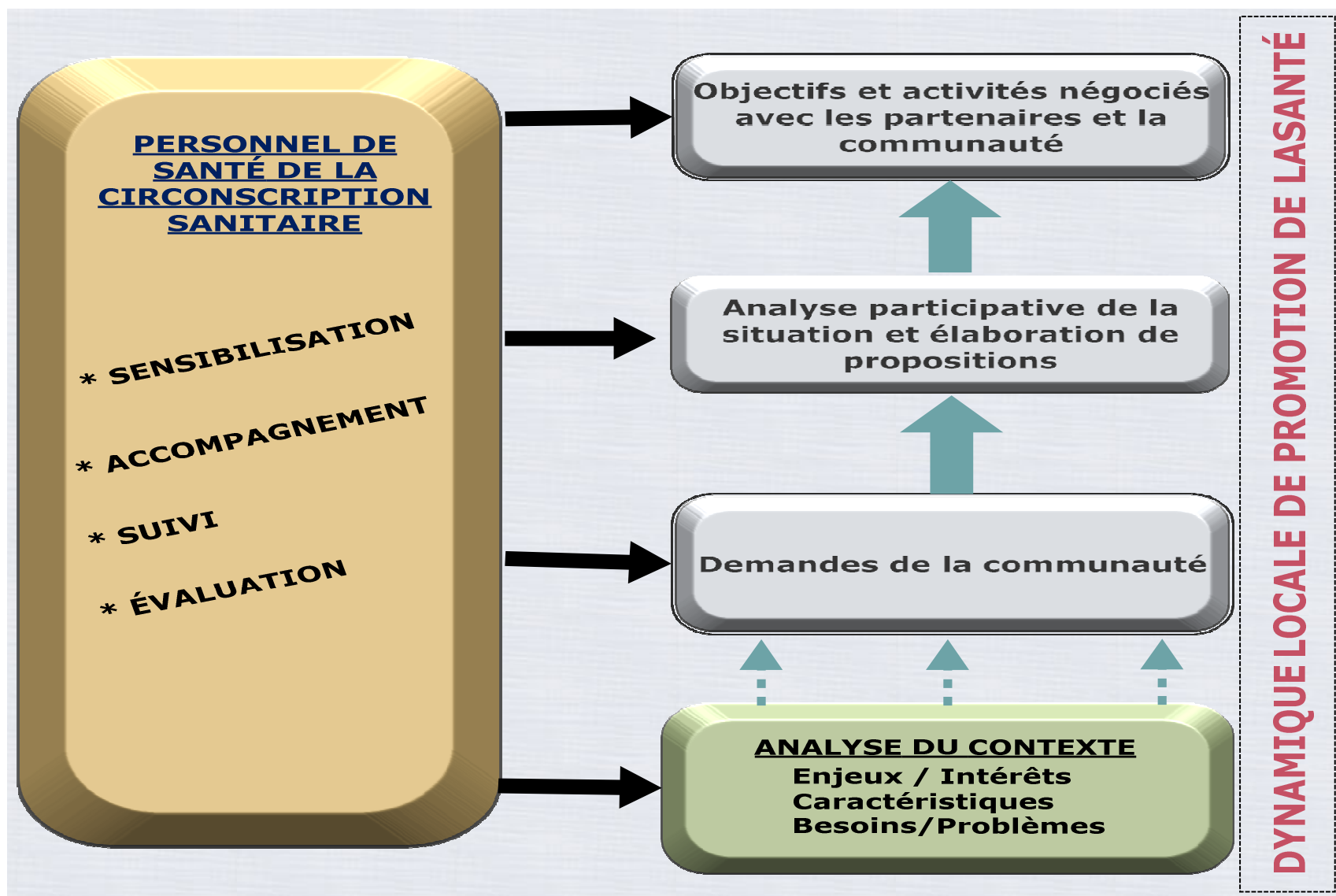


FIGURE 1 : RÔLE DU NIVEAU LOCAL DANS L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE AVEC DÉMARCHE ASCENDANTE DE LA DEMANDE.

Plusieurs éléments clés doivent être présents pour que la mobilisation des citoyens soit efficace. Notamment, on retrouve la création d'une vision commune, l'interprétation consensuelle du problème, le leadership, l'établissement de partenariats de collaboration, des buts et des objectifs bien ciblés assortis de mécanismes de rétroaction permettant de suivre de près les progrès accomplis, un processus de responsabilisation favorisant la participation à la prise de décisions de la part des citoyens et la ténacité [22].

Les acteurs de la santé doivent garder en tête un ensemble d'avantages généraux secondaire à la mobilisation de la population. En effet, quelle que soit la problématique, la mobilisation communautaire semble conduire à une amélioration du civisme et de la résilience au sein de la communauté [22]. Chez l'individu, elle entraîne un accroissement de l'estime de soi et un meilleur sentiment de maîtrise sur la vie, d'appartenance et de compétence qui, au bout du compte, donnent une meilleure santé mentale et physique [2].

En plus, on peut cibler aussi une mobilisation des ressources et de l'énergie puisque les collectivités disposent d'une richesse de ressources et d'énergies inutilisées qui peuvent être exploitées et mobilisées par le biais de la participation de la population [2]. Cette participation peut être sollicitée à l'aide d'un ensemble de techniques pratiques permettant d'impliquer des personnes et, si nécessaire, de les former et de les encourager à faire partie des sujets « employés » dans le cadre des travaux de développement de la collectivité et de l'amélioration de son état de santé.

Cependant, il existe un paradoxe évident entre la mobilisation des ressources dans le but d'autonomiser les populations et la mobilisation des ressources dans le but de réduire les coûts de prestation des services. Pour le cas du Maroc, la mobilisation va cibler ces deux objectifs, soit la réduction des coûts et l'amélioration de la couverture sanitaire à court terme et l'autonomisation des citoyens à moyen et long terme.

Il faut prévoir une stratégie de mobilisation communautaire qui se fonde sur les principes suivants :

- La planification des actions pour la mobilisation aura lieu aux niveaux micro (voisinage et collectivité), méso (région et province) et macro (avec d'autres ministères et agences nationales, organismes internationaux, etc., à l'échelle du pays).
- Les approches de mobilisation utilisées feront preuve de sensibilité à l'égard des groupes d'intervenants. Au niveau des collectivités, les activités de mobilisation impliqueront un degré élevé de participation dans la planification des services, leur mise en œuvre et leur évaluation.
- Travailler avec toutes les parties prenantes pour recueillir les renseignements pertinents et utiles pour le processus décisionnel.
- Engager les autres intervenants dans le processus de mobilisation et les faire participer activement aux activités de mobilisation.
- La stratégie est un élément évolutif qui sera continuellement modifié en réponse aux commentaires de tous les intervenants.

L'objectif ultime de la mobilisation est de favoriser la participation de la communauté aux actions. La notion de participation communautaire, comme celle de la communauté, renvoie à une réalité complexe (voir Annexe I).

5.2.3. TROISIÈME AXE : LE SOUTIEN ET LA FORMATION

i. Le soutien du niveau central

L'identification des instances dirigeantes et des structures de gestion

Ces structures doivent être identifiées à priori pour la mise en place et le soutien de l'action tout au long du processus d'exécution. La définition de leur composition et des activités inhérentes à chaque membre doivent faire partie d'ententes de partenariat. Elles doivent aussi faire l'objet d'un consensus et d'une approbation de la part de toutes

les parties prenantes. Ces structures vont regrouper des parties différentes selon le niveau d'intervention. Elles font partie plus des niveaux régional, provincial et local, et elles peuvent être conçues de façon analogues à celle de l'INDH, pour éviter le dédoublement des structures et pour profiter de leur maturité et de leur expérience dans le cadre du travail collectif déjà entrepris et maximiser les gains attendus des interventions (sans pour autant confondre les fondement des deux approches : celles de la Santé Communautaire avec les principes de l'INDH).

La présence de telles structures est un élément de soutien primordial à l'action communautaire qui, en plus de leurs interventions dans la gestion, vont favoriser la participation et les échanges entre les différents partenaires. La participation de la femme dans ces structures doit être fortement encouragée, vu le rôle important et démontré de sa participation dans la réussite de nombreuses initiatives à base communautaires dans plusieurs autres domaines.

La formation

Le Ministère de la Santé doit veiller à former son personnel en matière d'approche communautaire, et particulièrement et de façon prioritaire, celui pratiquant dans des sites en relation directe avec des actions communautaire. Le but essentiel de cette formation est de se familiariser avec les concepts de santé communautaire et de développer des compétences par la maîtrise d'outils pratiques de mise en œuvre de projets communautaires en général et d'interventions communautaire dans le domaine de la santé de façon spécifique. Cette formation devrait permettre aux participant de :

- Développer une attitude d'écoute vis-à-vis des populations cibles. Ceci permettra de repérer les demandes de celles-ci et, en fonction des besoins identifiés et des moyens existants, permettra d'y apporter une réponse;
- Développer les techniques d'animation. Il est fondamental, au-delà du savoir de santé, de connaître les techniques d'animation qui permettront à l'agent de santé d'animer son groupe;

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

- Comprendre, animer et gérer la dynamique de groupe qui est complètement différente des interventions individuelles habituellement réalisées par les professionnels de la santé;
- Susciter la participation des publics cibles et des changements de comportements;
- Suivre et superviser les interventions et assurer l'appui technique aux différents partenaires locaux;
- Évaluer les actions mises en place et leur efficacité. Cette évaluation permettra d'adapter le programme mis en place en fonction des objectifs atteints par rapport aux objectifs prévus.

La formation doit utiliser les types de méthodes et d'outils souhaités pour développer les compétences nécessaires aux professionnels de terrain dans le cadre des projets reposant sur l'approche communautaire. Le processus devrait se baser sur les compétences et les facultés de la population locale et s'appuyer sur deux techniques fondamentales :

- D'une part, le comportement des animateurs locaux qui, tout en étant présents, placent la communauté au centre de l'action et des discussions (l'animateur est un facilitateur "éclairé").
- D'autre part, l'élaboration de kits d'outils tenant compte des caractéristiques culturelles des communautés mis à jour et rendus vivants par ces animateurs.

Par ailleurs, il est nécessaire que la formation aborde les étapes suivantes :

- Identification et analyse des problèmes d'une communauté;
- Identification des parties prenantes;
- Identification et discussion des solutions;
- Sélection des options et établissement des priorités;
- Planification participative de l'intervention;
- Planification des changements de comportement qui doivent suivre:

- o Renforcer les capacités des participants pour planifier les changements de comportements en matière de santé;
- o Identifier qui prendra les responsabilités pour mener à bien chaque étape du projet;
- o Mettre en place un calendrier de travail;
- o Identifier ce qui pourrait freiner le projet et amener les groupes de la communauté à anticiper les problèmes possibles dans la mise en place des interventions.
- Planification du suivi et de l'évaluation : apprendre à se préparer pour suivre les projets. Pour cela, il faut apprendre à établir une procédure pour le suivi du projet. Il est recommandé de prévoir un suivi-évaluation participatif des projets et de procéder à des mesures périodiques des résultats afin de vérifier si les objectifs sont atteints et de permettre des réajustements.

ii. Le soutien et la formation au niveau régional

On retrouve :

- L'appui et l'accompagnement des provinces et des CS pour la mise en place de l'approche et la gestion des actions communautaires;
- La coordination des actions avec l'ensemble des institutions et des partenaires impliqués au niveau régional et provincial;
- La participation à la formation du personnel de santé de la région et des provinces en matière de santé communautaire mais aussi en matière de gestion et le soutien technique et logistiques du niveau provincial;
- La promotion et le soutien à l'approche communautaire auprès des autres partenaires.

Les structures de gestion doivent être identifiées à priori pour la mise en place et le soutien de l'action tout au long du processus d'exécution. La définition de leur composition et des activités inhérentes à chaque membre doivent faire partie de

l'entente de partenariat. Elles doivent aussi faire l'objet d'un consensus et d'une approbation de la part de toutes les parties prenantes. Ces structures vont regrouper des parties différentes selon le niveau d'intervention. Elles font partie plus des niveaux régional, provincial et local, et leur présence est un élément de soutien primordial à l'action communautaire qui, en plus du fait de pouvoir regrouper les participants autour du sujet de façon régulière, elles créent un espace d'échange et de négociation très utile à l'appui de l'approche communautaire et à la participation de tout le monde (le Comité Régional au niveau régional et le Comité Provincial au niveau provincial).

iii. Le soutien du niveau local : l'accompagnement et l'empowerment de la communauté

Comme on l'a déjà mentionné, l'approche communautaire sous-tend une redéfinition du pouvoir qui devrait se traduire par une reconnaissance du rôle essentiel que peuvent et doivent jouer les individus et les communautés dans la mise en place des conditions nécessaires à l'amélioration de leur santé et leurs conditions de vie. Cette vision rejoint ainsi la définition de la promotion de la santé qui se pose comme un « processus visant à amener les gens à mieux contrôler et, partant, à améliorer leur santé » [23].

En approche communautaire, comme en promotion de la santé, le principe de base, c'est « l'empowerment ». Celui-ci peut être facilité par des stratégies telles la participation, une vision globale de la santé, la justice sociale et la réduction des inégalités de même que par la collaboration intersectorielle.

Le rôle des professionnels de santé au niveau périphérique est de permettre à la population d'atteindre le stade d'appropriation des actions et « d'empowerment ». En effet, en mettant en présence différents acteurs sociaux, ce mouvement crée de nouveaux espaces de pouvoir et redéfinit les responsabilités des différents acteurs au regard de la santé. Asseoir à la même table aussi bien des professionnels de services gouvernementaux, des élus et des associations, des membres de la société civile, que

des bénévoles ou des citoyens, permet une renégociation des règles de gouverne à l'intérieur des espaces locaux [22].

Il faut tout d'abord encourager la participation dont le stade ultime est l'appropriation et l'émancipation. Le niveau de participation dépendra de la satisfaction qu'en éprouvent les gens et de ce qu'ils peuvent retirer de ce processus. La participation nécessite également une écoute des gens au lieu de «les informer et de décider pour eux». Le rôle des professionnels de la santé consiste à faciliter les discussions et l'analyse avec les membres des communautés de manière à ce qu'elles puissent identifier leurs propres priorités et les solutions et résultats préférés. Le soutien de la communauté par les agents de la santé doit commencer aux premiers contacts de la mise en place de l'approche, en impliquant les citoyens, les associations locales, les collectivités locales et les leaders de la communauté dans le processus dès le départ, à la phase de sensibilisation, d'analyse de la situation et des conditions locales, de collecte des données, d'analyse des résultats et par la création d'un climat de confiance à travers leur comportement et leur attitude.

5.2.4. QUATRIÈME AXE : LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

Que ce soit dans une perspective d'imputabilité envers des bailleurs de fonds ou de réflexivité pour mieux orienter et réfléchir l'action, les démarches d'évaluation sont associées, de plus en plus, aux programmes et interventions qui visent à transformer les conduites et les conditions de vie. L'évaluation est donc nécessaire pour développer les connaissances sur la façon dont les programmes et les interventions se développent et sont mis en œuvre et aussi sur leurs effets et impacts sur les conditions et objets que l'action doit viser à transformer [24].

L'enjeu de l'évaluation de l'efficacité des interventions en promotion de la santé est crucial, tant du point de vue scientifique que de celui de la prise de décision et de l'imputabilité politique. Il l'est peut-être encore davantage pour cette catégorie d'interventions que sont les actions communautaires, en raison de la complexité de

l'environnement où elles se déroulent et de la difficulté à développer des approches méthodologiques appropriées pour les mesurer [25].

Le suivi et l'évaluation des interventions communautaires doivent être la règle pour pouvoir juger de leur efficacité, pour vérifier les hypothèses initiales d'efficacité et de pertinence et aussi afin de pouvoir les redresser pour atteindre les meilleures performances possible. Dans le cas du Maroc, l'évaluation des interventions communautaires doit s'adresser à deux niveaux : celui de l'évolution de l'approche communautaire dans le pays en général et celui des sites de mise en place de chacune des actions communautaires de façon plus spécifique.

L'évaluation des actions communautaires est considérée comme étant particulière. En effet, il existe tellement d'éléments à évaluer dans une action ou un programme relevant du domaine de la santé ou du social que parfois, il est difficile de savoir sur quoi l'évaluation doit porter précisément pour être opportune [26].

Les personnes chargées de l'évaluation doivent véhiculer un message important : c'est que l'objet de leur exercice est l'action et non les intervenants, c'est-à-dire que l'on évalue les actions entreprises et non les gens. Ce message tentera de réduire les réticences qui peuvent surgir et qui sont souvent en rapport avec deux raisons principales. D'une part, l'évaluation est parfois envisagée comme un moyen de contrôle de la part des financeurs, des décideurs ou du pouvoir de tutelle en général. D'autre part, elle a un coût qui peut paraître insupportable dans un contexte de ressources rares et de calendriers de travail surchargés.

La mise en œuvre de l'évaluation passe par quatre étapes :

- Avant de lancer une évaluation, il faut au préalable s'assurer qu'elle soit pertinente et réalisable.
- La préparation de l'évaluation qui consiste à mettre en place un comité d'évaluation, à définir (négocier) les questions d'évaluation, les objets de

l'évaluation, les critères et les méthodes de recueil des informations, à consigner ces éléments dans un cahier des charges, puis à mobiliser les ressources.

- La réalisation de l'évaluation qui fait appel à collecter les informations et à les analyser, comme indiqué dans le cahier des charges, à en tirer des conclusions et des recommandations, et enfin à rédiger un rapport qui reprend ces différents points.
- La dernière étape est la valorisation des résultats. Elle consiste à diffuser les résultats de l'évaluation, au moyen de supports diversifiés. Il peut être utile de suivre la prise en compte des recommandations [27].

L'évaluation doit faire partie des responsabilités des niveaux central et régional du MS. Elle peut être réalisée à l'interne, mais du fait du manque de compétences et de temps pour les responsables et les acteurs du MS et du fait aussi de la difficulté de faire tout reposer sur des structures de gestion de santé communautaire nouvellement installées, l'évaluation devrait être réalisée par des organismes compétents externes, surtout pour les premières phases de la mise en place des initiatives, de façon à permettre une évaluation de l'application de l'approche en général au niveau national.

Dans ces actions, on note trois composantes de l'action à évaluer : si la planification est concertée, l'organisation et l'action communautaires et les changements systémiques et communautaires survenus à l'occasion de l'intervention. Les mécanismes à vérifier pour chacune de ces composantes sont résumés dans le tableau suivant.

Planification concertée	Organisation et action communautaires	Changements systémiques et communautaires
• Implication de tous les intéressés importants; • Participation signifiante; • Valorisation des différents types d'apports et de savoirs; • Vision commune (une analyse commune du contexte) • Mise en place de processus réflexifs et de dialogue critique; • Négociation des relations de pouvoir dans la prise de décisions; • Responsabilité et imputabilité partagées; • Planification de l'action; • Stratégie d'évaluation participative	• Occasions de formation, d'apprentissage • Leadership partagé • Engagement constant des partenaires • Réflexion critique continue sur les processus et les résultats des actions • Mobilisation de ressources • Suivi systématique et ajustements au besoin • Réflexion critique pour adapter les plans à la réalité • Impact sur l'amélioration individuelle de l'éveil, des connaissances et de comportements de santé	• Impact sur les normes communautaires • Attraction de nouveaux partenaires • Publicisation des succès • Capacité à convaincre les décideurs de l'importance des succès • Développement / adoption / adaptation de stratégies d'échange de savoirs • Adoption / adaptation du projet par un plus large ensemble de partenaires • Changement des modèles de pratique professionnelle

Source : Marcia D. Hills et *al.*, 2004 [26]

5.3. L'ASPECT ORGANISATIONNEL

5.3.1. ANALYSE DE LA SITUATION ACTUELLE

Une analyse de la situation actuelle et des différents intervenants qu'on peut trouver dans le schéma organisationnel actuel permet d'identifier comme principal acteur le Ministère de la Santé, qui est appuyé par les organismes des NU et d'autres organisations internationales.

D'autres départements gouvernementaux vont participer à l'opérationnalisation des interventions communautaires avec la communauté et les professionnels de la santé, ainsi que dans l'élaboration des projets de partenariat avec les autres acteurs. Ces partenariats serviront de références pour la conception future des projets locaux et régionaux en matière de santé communautaire.

i. Le Ministère de la Santé

DIRECTIONS CENTRALES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Les directions centrales ont acquis une longue expérience dans le domaine de gestion des projets d'intervention incluant l'approche communautaire. Cette approche fait partie des stratégies d'intervention dans plusieurs programmes de santé publique élaborés par le MS. Cette participation a permis d'avoir des compétences en ressources humaines en matière d'approche communautaire dans la résolution des problèmes de santé de la communauté, et aussi en matière de gestion des projets. Les capacités de certains membres du personnel responsables de ces dossiers ont été renforcées par leur participation à de multiples formations.

Cependant, on note que parfois deux directions pilotent des projets reliées à la même approche (c'est le cas de celles basées sur les agents communautaires) auprès des mêmes provinces ou de provinces différentes, ce qui est mal perçu par les responsables provinciaux. La gestion de ces approches au niveau central souffre aussi de l'insuffisance de la coordination entre les différents services du MS pour des approches multidisciplinaires nécessitant intégration et globalité des prestations et la production

de messages et d'outils adaptés, aboutissant parfois à un dédoublement des tâches et des interventions. L'absence de plan stratégique de suivi et de planification de ces actions conduit à une insuffisance d'engagement, souvent par « manque de pertinence » des approches, jugées essentiellement sur des évaluations le plus souvent non concluantes. À ceci s'ajoute l'instabilité des responsables et des gestionnaires des approches. Sur le plan des compétences, on note pour la majorité des responsables et des gestionnaires, une formation surtout en santé publique et l'absence de formation approfondie en « santé communautaire ».

DÉLÉGATIONS PROVINCIALES DE SANTÉ

De façon identique au niveau central, il existe dans la plupart des provinces des responsables et des professionnels de santé qui ont acquis une bonne expérience dans le domaine des interventions communautaires dans le domaine de la santé, avec le développement de relations humaines solides entre les professionnels de santé et la communauté (population). Ils ont également pu acquérir de bonnes relations avec les différents partenaires (élus des communes, autorités locales, les autres départements, le secteur privé, etc.) et les associations locales. Ces actions ont principalement profité des conditions locales avec un tissu associatif bien développé.

Cependant, un certain nombre de faiblesses sont à noter à ce niveau de l'intervention, dont l'instabilité des responsables et des professionnels de santé ayant participé à des expériences communautaire, l'absence de formation initiale sur les principes de l'approche communautaire pour la plupart des acteurs, ce qui limite leur possibilité d'action et de leadership au sein de la communauté, et l'absence de formation continue et l'arrêt de toutes les formations et des supervisions à la fin des approches communautaires (fin du projet). Aux problèmes liés aux ressources humaines, s'ajoutent l'insuffisance des autres ressources au niveau local et la confusion sur les rôles et les attributions de chacun des niveaux : local (centre de santé) et provincial (délégation et SIAAP). Sur le plan de la gestion locale de ces initiatives, le niveau périphérique se voit reproché l'absence d'implication de la société civile dans les étapes de planification et d'identification des vrais besoins de santé de la communauté,

RAPPORT FINAL-Avril 2011

l'absence de diagnostic communautaire permettant de cibler l'intervention, ainsi que le manque de suivi, l'absence d'évaluation des activités localement et de vérification de l'atteinte des objectifs visés en cours de route. La coordination des actions entre les différents niveaux (central et périphériques) souffre de retards importants dans l'acheminement des bilans et des rapports d'activité aux Directions centrales, et donc de feed-back et de réponses aux besoins et aux problèmes pouvant survenir localement.

ii. Organismes des Nations Unies et autres organisations internationales

Ces organismes assurent souvent, un appui financier et un support technique d'encadrement et de soutien aux gestionnaires et au personnel intervenant directement dans des approches communautaires en assurant leur participation aux formations nécessaires et aux séminaires d'échange d'expériences et de développement de compétences (UNICEF, FNUAP, OMS, GTZ, MEDICUS MUNDI, etc.). Or, leurs interventions peuvent parfois présenter des faiblesses du fait de la nomination des expériences et des interventions communautaires en tant que « projets » et donc leur limitation dans le temps dans le cadre de projets pilotes, ainsi que leur intervention éventuelle dans le choix du lieu d'implantation des approches communautaires dans certaines provinces, qui sont presque toujours les mêmes.

5.3.2. LA STRUCTURE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

i. Domiciliation

LE NIVEAU CENTRAL

L'organisation au niveau central de la structure qui va gérer les interventions communautaires liées à la santé repose davantage sur des choix stratégiques, des orientations et des décisions politiques de la part des hauts responsables du ministère. Toutefois, il nous paraît utile de faire des propositions sous forme des scénarios suivants :

• **Scénario 1**

Création d'un département chargé de la gestion des initiatives à base communautaire rattaché au Secrétariat Général du Ministère de la Santé, vu le caractère horizontal, multidisciplinaire et la multi et intersectorialité des actions communautaire, nécessitant la participation de plusieurs directions ou divisions du MS de même que la collaboration et la coordination avec d'autres départements gouvernementaux, la société civile, le secteur privé, les organismes des NU et la coopération bilatérale et multilatérale.

La Direction de la Réglementation et du Contentieux (DRC) peut faire l'objet de proposition pour loger cette structure, vu qu'elle s'occupe des partenariats entre le MS et les autres partenaires, que ce soit au niveau central ou périphérique. De tels partenariats sont à la base de l'approche communautaire et vont conditionner sa réussite. Cependant, cette option est limitée du fait que la DRC est en charge des partenariats qui peuvent être réalisés beaucoup plus du point de vue juridique et ses capacités de programmation, de suivi, de formation et d'encadrement seront très limitées dans la mise en place de l'approche de SC au niveau central, ce qui l'obligerait souvent à recourir à d'autres divisions ou directions pour accomplir cette tâche.

- Scénario 2

Création d'un service rattaché à une Division dans la Direction de la Population, qui peut être logé dans l'un des deux niveaux:

- o L'Unité de santé rurale nouvellement créée et dont une des attributions est de mettre en place, à côté des deux stratégies déjà en place (le mode de couverture fixe et mobile), un troisième axe qui vise le renforcement des actions et des participations communautaires comme nouvelle stratégie d'intervention dans ces milieux défavorisés.
- o La Division de Santé de La Mère et de L'enfant au niveau de la DP, vu qu'un grand volet du domaine de santé communautaire est en rapport avec les programmes de santé de la mère et de l'enfant.

Toutefois, selon ce scénario, il serait nécessaire de désigner des points focaux de santé communautaire dans les autres directions qui pourraient soutenir les actions et apporter un appui technique en cas de besoin.

- Scénario 3

La création d'une unité de gestion des initiatives à base communautaire rattachée à la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, au niveau du service des soins ambulatoires, vu l'expérience de cette direction dans les interventions passées ainsi que le caractère local de ces interventions dont la gestion sera plus rattachée à des circonscriptions sanitaires limitées géographiquement.

- Scénario 4

Ne pas créer de service autonome de gestion des initiatives à base communautaire et se contenter de mettre en place une cellule de recherche au niveau de la Direction de la Population sans composante de gestion. Cette cellule pourrait, dans le cadre d'activités de formation et d'encadrement ainsi que de recherche évaluative, juger de la pertinence des projets et de leurs impacts potentiels en passant en revue les actions et les conditions locales lors de la proposition de projets, du suivi des performances sanitaires sur la base des indicateurs de la santé. Selon ce scénario, des structures plus développées pourraient être créées au niveau régional dans le cadre de la décentralisation. Néanmoins, l'approche communautaire ne se limite pas seulement à des activités de recherche, de formation et d'orientation et doit se concrétiser localement par des actions et des interventions qui nécessitent, en plus, des habiletés de gestion, de suivi et d'évaluation.

Le responsable de la structure à retenir par Madame la Ministre de la Santé, sera l'interlocuteur principal des principaux partenaires du MS, et aura aussi la responsabilité de la coordination des cellules de santé communautaire dans les directions régionales (Figure 1). Il assurera donc les relations avec les partenaires suivants :

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

- Tous les départements gouvernementaux intervenant dans ces initiatives à base communautaire : Ministère de l'Intérieur à travers la Direction Générale des Collectivités locales (DGCL), Ministère des Habbous et des Affaires Islamiques, l'Entraide Nationale, Ministère de la Famille et de la Solidarité, Ministère de l'Enseignement Supérieur de la formation des cadres et de la Recherche Scientifique...etc.
- Les Unités de Santé Publiques Régionales;
- Les Organismes des Nations Unies et des autres organisations internationales dans le cadre de la collaboration bilatérale ou multilatérale;
- Le milieu universitaire pour satisfaire les besoins en formation du personnel de santé;
- L'INDH;
- L'ADS.

De là, il est nécessaire de la mettre en place un arsenal juridique assurant un cadre réglementaire sur *la santé communautaire au Maroc* pour soutenir cette nouvelle structure et définir ses tâches et ses attributions, à l'aide de :

- Projet de Loi sur la santé communautaire à adopter;
- Projets de partenariats élaborés et validés par la structure de santé communautaire et la Division de Partenariat Public-Privé à la DRC.

NIVEAU RÉGIONAL

A ce niveau, les *Unités de Santé Publiques* (USP) déjà mises en place dans le cadre de l'organigramme des Directions Régionales de Santé, vont intégrer dans leurs attributions, la gestion des activités de santé communautaires (Figure 4).

À ce niveau, il est préférable de nommer une personne responsable des initiatives communautaires liées à la santé à l'intérieur de cette unité. Cette personne sera responsable de la coordination des activités de santé communautaire au niveau de toute la région. Cette nouvelle cellule va avoir des liens directs avec la structure centrale de santé communautaire mise en place, avec les délégations régionales et provinciales des

autres ministères, avec les directions régionales de l'INDH et de l'ADS, la société civile et les associations à vocation sanitaire. De même, cette cellule doit développer des liens de coordination et de collaboration avec les responsables des autres programmes de santé publique au niveau de l'unité de santé publique pour développer les actions communautaires contenues dans ces programmes.

NIVEAU PROVINCIAL

À ce niveau, la responsabilité directe de ces activités de santé communautaire est assurée par le Délégué du Ministère de la Santé, le médecin chef et le major du SIAAP, qui doivent participer en personne à la gestion de ces interventions. Toutefois, la coordination de ces activités peut être confiée à un animateur local au niveau du SIAAP qui aura la tâche de suivi de tous les projets à caractère communautaire dans la province (la coordination des activités avec les autres animateurs de programmes, la planification des activités et des réunions, la participation à la réalisation des études de besoins pour les populations cibles, etc.).

NIVEAU LOCAL

À ce niveau, il est nécessaire de créer un espace formel de participation : *le Comité Local de Gestion* (CLG) des initiatives à base communautaire pour chaque circonscription sanitaire (CS) qui va abriter les actions de ce type dans le but d'instaurer et d'institutionnaliser le dialogue entre les différents acteurs et les services de santé. Ce comité peut être composé des responsables de la CS, médecin chef et major, des représentants des autorités locales et des communes ainsi que des représentants des associations locales impliquées dans les actions communautaires en cours, ou dans d'autres initiatives de développement local en général. Il est préférable de veiller à la participation à ces comités de représentants de la communauté ou des leaders connus, qui ne soient pas membres des associations pour élargir la représentativité de la population générale, vu qu'il n'est pas toujours possible d'avoir des associations qui représentent effectivement les citoyens concernés.

ii. Composition des unités

Le tableau 1 résume la composition de la structure organisationnelle de chacun des niveaux d'intervention ainsi que le profil souhaitable pour les membres des équipes.

Tableau 1 : Composition de la structure organisationnelle de chacun des niveaux d'intervention de la SC.

Niveau	Composition des équipes gestionnaires	Profil demandé
Central	▪ Un médecin responsable, coordonnateur national ; ▪ Un coordonnateur administratif formé en matière de gestion de projets ; ▪ Un médecin coordonnateur de programme de santé	▪ Le responsable devra être de préférence spécialiste en Santé communautaire ou spécialiste en santé publique formé en SC; ▪ Il devra avoir ainsi que le reste de son équipe, les habilités de communication de leadership (Annexe II) et de négociation ; ▪ avoir des connaissances en sciences sociales et en politique sociale de l'État.
Régional	▪ Un médecin responsable de la cellule de santé communautaire assisté par le staff de l'unité de santé publique en place et par les équipes de la Direction Régionale de la Santé;	▪ Un médecin spécialiste en Santé communautaire ou formé dans ce domaine; ▪ Habiletés de la communication de leadership et de négociation.
Provincial	▪ Le délégué provincial, ▪ le Médecin chef / Major du SIAAP ▪ Un animateur dédié. ▪ Assistés par le staff d'animateurs de programmes de santé.	▪ Connaissances dans le domaine de santé communautaire ; ▪ Habiletés de la communication de leadership et de négociation
Local	▪ Médecin chef et le major de CS, dans le cadre du comité local de gestion des initiatives à base communautaire. ▪ Autres agents de santé disponible sur les lieux (infirmier, accoucheuse, sage-femme...etc.)	• Connaissances dans le domaine de santé communautaire ; • Habiletés de la communication de leadership et de négociation • Habiletés en gestion des conflits et animation de groupe.

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

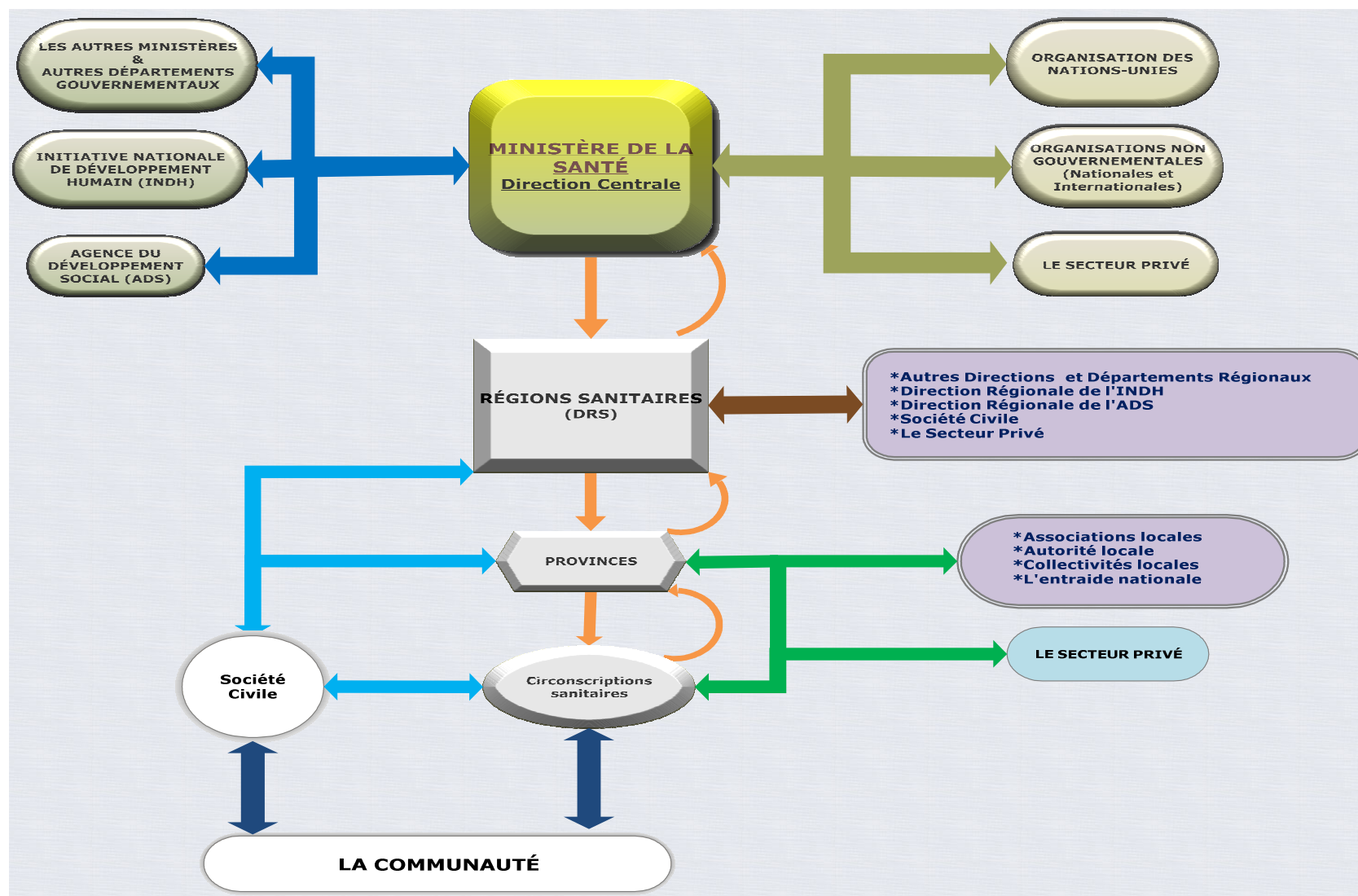


FIGURE 2 : REPRÉSENTATION DES COLLABORATIONS ET DES PARTENARIATS POSSIBLES POUR LES STRUCTURES DE SC AUX DIFFÉRENTS NIVEAUX DU MS.

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

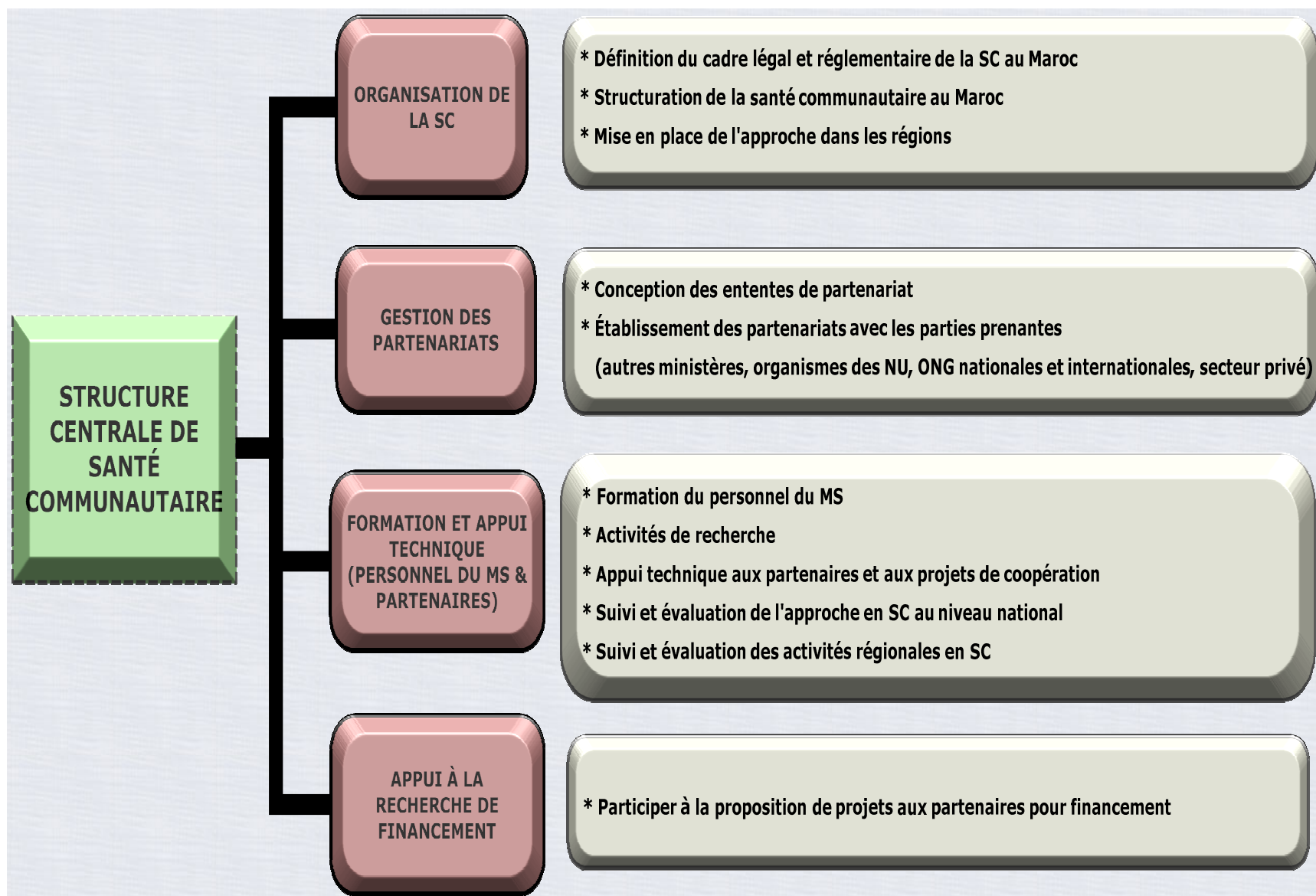


FIGURE 3 : LES ATTRIBUTIONS DE LA STRUCTURE CENTRALE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (SC).

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

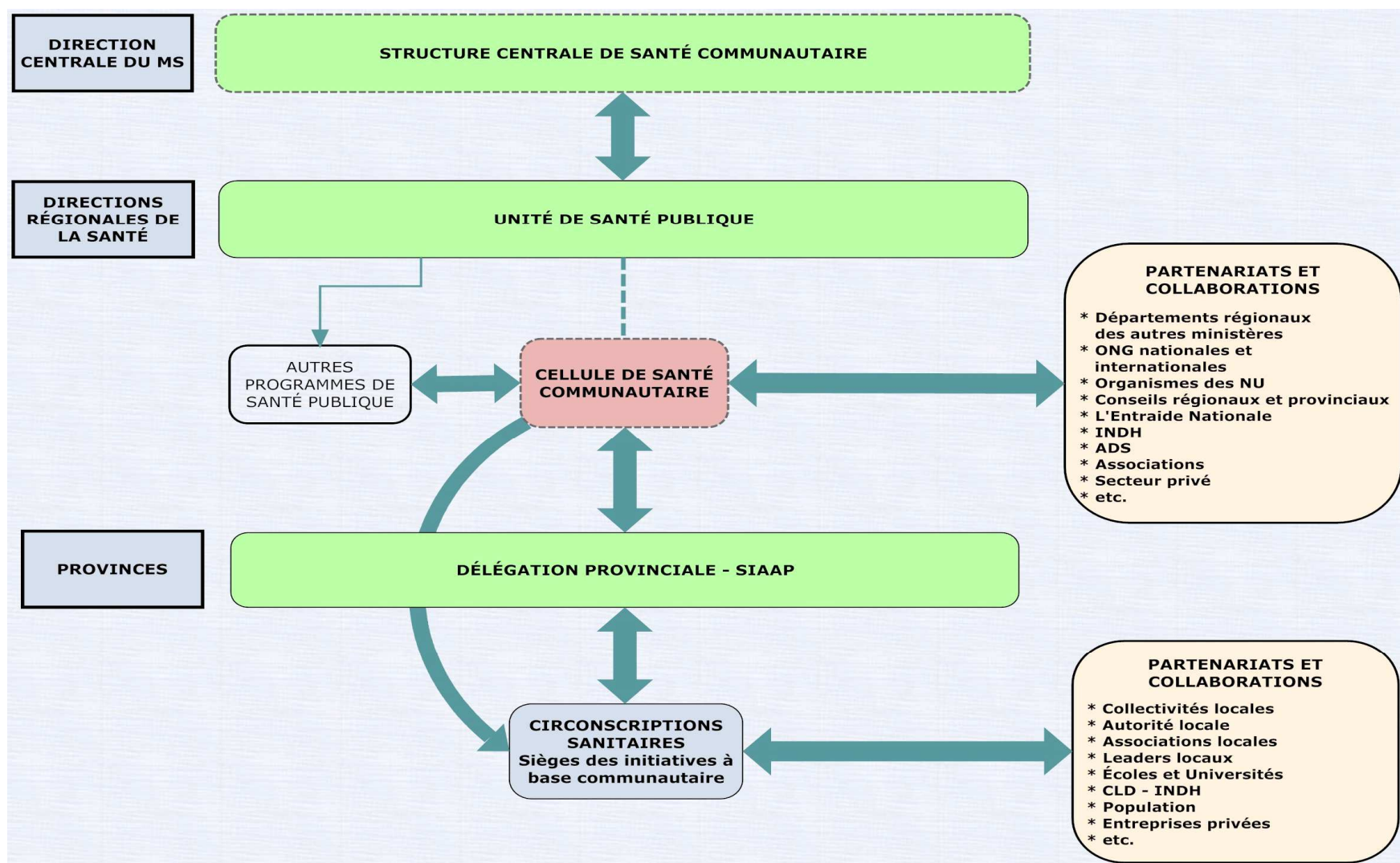


FIGURE 4 : STRUCTURE DES PARTENARIATS ET COLLABORATIONS ENVISAGÉES AUX NIVEAUX : RÉGIONAL, DE LA CELLULE DE SC, ET LOCAL, DES CS.

iii. Attributions des unités par niveau

NIVEAU CENTRAL

- Valoriser l'importance des déterminants sociaux de la santé dans une perspective de promotion de la santé et du bien-être de la population dans l'ensemble des travaux nationaux et régionaux en santé publique;
- Soutenir toute forme d'initiative visant à enrichir le domaine de la santé communautaire et du développement des communautés au palier national, et contribuant à améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés;
- Favoriser, dans le cadre des orientations ministérielles, l'harmonisation entre les politiques ayant des impacts sur la santé et le bien-être des individus et des communautés;
- La contribution du MS à l'élaboration, à la réalisation et au suivi des stratégies gouvernementales en cette matière;
- La concertation avec les services au niveau des Directions Centrales dans le domaine des programmes de santé et de partenariat;
- L'appui et l'accompagnement des régions pour la mise en place de l'approche de santé communautaire;
- La coordination des actions avec l'ensemble des institutions et des partenaires impliqués;
- L'appui technique aux régions et provinces lors de la phase de démarrage et d'implantation des approches communautaires commanditées par les responsables des unités périphériques de santé communautaire en commun accord avec la communauté;
- L'encadrement et la formation des responsables des unités périphériques de gestion de santé communautaire;

- La conception et la mise en place des outils de suivi et d'évaluation en collaboration et concertation avec les professionnels de santé des régions et la société civile;
- La supervision du travail au niveau régional ;
- Le suivi- évaluation de la mise en place de l'approche communautaire en santé dans le pays en général.

NIVEAUX RÉGIONAL ET PROVINCIAL

Le palier régional se définit par les territoires des régions du Maroc. Il s'agit du palier où les acteurs du développement, en collaboration avec la Direction Régionale de La Santé, élaborent des stratégies d'intervention autant sur le plan de la santé publique que sur le plan du développement des interventions communautaires qui doivent être appliqués en tenant compte des dynamiques des communautés. En s'associant aux autres acteurs régionaux, qu'ils soient communautaires, économiques, politiques, culturels ou institutionnels, la DRS peut contribuer à mettre en place un processus souple sur le plan de l'exécution, et rigoureux sur le plan de l'évaluation des processus et des résultats. Quand il associe les acteurs locaux à partir d'initiatives locales, depuis l'élaboration des programmes et la planification jusqu'à la définition d'indicateurs, ce processus établit les jalons qui rendent le développement d'actions communautaires, possible et prometteur.

la DRS continue de répondre, selon son expertise, aux besoins des populations locales, et ce, indépendamment des programmes nationaux qu'elle doit appliquer. Ainsi, tout en favorisant la prise en charge locale des enjeux de la santé des communautés, le palier régional sert d'interface entre l'État et les milieux locaux et régionaux. Dans la mesure du possible, les projets ou programmes qui favorisent l'émergence de projets à caractère sanitaire, développés, adaptés ou faits en collaboration avec les communautés devraient être privilégiés.

L'action actuelle au palier régional doit favoriser l'intervention globale sur les déterminants de la santé et du bien-être. La DRS, dont un des mandats principaux est d'informer la population sur sa santé, est donc en mesure de traiter l'ensemble des informations de son territoire, d'en effectuer la synthèse et d'en faire ressortir un portrait régional de santé. Ces analyses sont ensuite retournées localement pour favoriser la continuité de l'action globale et acheminées au palier national afin d'appuyer des politiques intégrées de prise en charge des problèmes de santé. Ces façons de faire peuvent davantage s'accroître dans un mouvement national de développement social et de développement des communautés et contribuer à enrichir la connaissance des milieux locaux et régionaux de même que de l'ensemble du territoire national. Les DRS collaborent ainsi à la mobilisation et à la concertation d'acteurs régionaux et vont favoriser leur participation aux initiatives intersectorielles.

Les DRS doivent développer des expertises dans les domaines suivants :

- Tenir à jour les données sociosanitaires pour tout le territoire de leur région;
- Fournir aux CS et à leurs partenaires locaux des expertises de contenu dans différents domaines de santé publique;
- Élaborer des méthodes souples et adaptées permettant l'évaluation des processus et des résultats;
- Aider à l'élaboration d'indicateurs pour mesurer l'atteinte des objectifs des interventions locales.

Les personnes chargées de la gestion de santé communautaire assureront

- L'appui à la communauté dans la conception, l'élaboration, l'opérationnalisation et le suivi des actions communautaires. Ils décident ensemble après l'étape du diagnostic communautaire des priorités et des actions à entreprendre et du modèle de partenariat en matière d'interventions communautaires;
- L'Encadrement, la formation et le suivi des agents de santé communautaire recrutés par les associations;

PROPOSITION D'UN MODÈLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU MAROC

- La supervision des activités;
- La participation de façon régulière aux réunions de coordination avec les différents acteurs;
- La réalisation des bilans des activités selon un système d'information préétabli;
- La tenue et la mise à jour permanente d'une base de données relative à la mise en place de l'approche;
- L'élaboration et la diffusion des directives et « normes » relatives à la gestion des actions communautaires ;
- L'accompagnement des provinces et des CS pour la mise en application des outils élaborés;
- La coordination des actions avec les différentes Directions et Divisions de l'administration centrale intervenant dans la mise en œuvre de l'approche et avec les autres départements gouvernementaux régionaux et les autres partenaires;
- La promotion des actions de partenariat et d'inter et multisectorialité;
- La promotion des actions de plaidoyer auprès des partenaires;
- La supervision systématique des structures de santé chargées de la mise en œuvre de l'approche;
- Le suivi et l'évaluation régulière des actions localement entreprise et de l'évolution de l'approche communautaire en général.

Les lieux privilégiés pour exercer ces activités sont essentiellement les comités et commissions régionales, les rencontres et les tables de concertation régionales et locales, ainsi que dans les communautés urbaines et les grandes villes.

LE NIVEAU LOCAL

Administrativement, le palier local pour le réseau de la santé se définit par les territoires des Circonscriptions Sanitaires (CS). Dans une perspective d'approche communautaire, le niveau local peut constituer le lieu de mise en place de projets de

développement et de prise en charge de la santé par les communautés locales elles-mêmes. Actuellement, les CS interviennent sur un territoire habituellement bien circonscrit géographiquement. Elles sont toutefois devenues des acteurs clés dans les processus de prise en charge de la santé et du bien-être des communautés dans ces territoires. Ils sont généralement bien enracinés dans les communautés et leurs intervenants acquièrent, par les services de première ligne offerts, une bonne connaissance de leur milieu et des besoins des personnes de leur communauté locale. Ces équipes disposent également d'une capacité de mobilisation d'acteurs locaux de plusieurs secteurs d'activités. Par leur mission même, les CS sont amenés à travailler en intersectorialité et doivent donc intégrer des approches communautaires et d'*empowerment* dans leur pratique.

Dans l'optique de favoriser davantage le développement de communautés en santé, les intervenants locaux auront à préciser leur contribution dans le mouvement de concertation et de partenariat avec les autres acteurs de développement. Ils participeront à l'élaboration de nouvelles actions et au soutien de celles qui existent déjà, s'assurant que la santé des communautés est prise en compte dans les initiatives locales. Ils participeront à l'évaluation de ces interventions locales, autant sur le plan du processus d'*empowerment* que sur celui des résultats liés aux déterminants de la santé.

Ce niveau va donc assurer :

- La participation aux activités du comité de gestion et jouer le rôle de leader en matière d'approche communautaire.
- L'encadrement et la formation sanitaire des « personnes proposés par les « organismes-relais ».
- Favoriser l'émergence de projets en apportant un soutien dans le domaine de l'animation dans certains lieux de concertation et auprès des groupes dans leurs territoires.

- Soutenir l'implantation d'espaces de participation et d'*empowerment* dans la communauté locale et favoriser la mobilisation et la participation de la population dans ces actions.
- Participer à la mise en place du partenariat local et aussi à le rendre effectif.
- Assurer la mobilisation des autres partenaires et la mobilisation des ressources locales.
- Soutenir les leaders locaux, les représentants de la population et les associations locales qui contribuent au développement sanitaire des communautés et contribuer à leur capacitation dans le cadre d'activités de collaboration avec d'autres partenaires.
- Utiliser les informations des services de première ligne pour contribuer au diagnostic de la communauté et engendrer des actions collectives liées aux déterminants de la santé.

Les lieux privilégiés pour exercer ces rôles sont : les rencontres, les CLD, les associations, les réseaux sociaux, les collectivités locales et les conseils des municipalités.

iv. Les parties prenantes et collaborateurs

Dans le tableau 2, nous résumons l'ensemble des parties prenantes et les organismes collaborateurs (les autres directions centrales et les autres départements gouvernementaux, les organismes des nations unies, les associations à vocation sanitaire, L'INDH et L'ADS) qui peuvent rejoindre la structure centrale chargée de la mise en place et l'opérationnalisation de l'approche communautaire dans les projets à caractère sanitaire au pays, ainsi que leurs éventuels rôles respectifs.

Tableau 2 : Rôle des différents partenaires du MS dans l'approche de SC au Maroc

PARTIES PRENANTES	RÔLES
AUTRES DIRECTIONS CENTRALES	- Participation à la conception des supports didactiques et de plaidoyer et d'un système de santé adaptée à chaque approche dans le domaine de santé communautaire. - Participation à des sessions de formation dans le domaine de la promotion de la santé. - Participation à l'élaboration des projets de partenariat dans le domaine de santé communautaire. - Conception et validation d'un <i>projet de loi sur la santé communautaire</i> (direction de la Réglementation et du Contentieux)
AUTRES DÉPARTEMENTS GOUVERNEMENTAUX	- Participation à la planification et à l'opérationnalisation des interventions communautaires avec la communauté et les professionnels de la santé. - Participation à l'élaboration des projets de partenariat dans le domaine de santé communautaire et qui serviront comme références pour la conception des projets locaux régionales en matière de santé communautaire.
ORGANISMES DES NATIONS UNIES	- Appui financier et technique de l'implantation des interventions communautaires.
ASSOCIATIONS À VOCATION SANITAIRE	- Recrutement des agents communautaire. - Participation à la planification, l'opérationnalisation des interventions communautaires et le suivi.
INDH	- Support financier et logistique. - Formation.
ADS	- Appui technique et financier. - Capacitation des associations et des élus. - Procuration d'équipement.

6. CONCLUSION

En conclusion, après avoir passé en revue quelques expériences de santé communautaire réalisées au Maroc, exploré la littérature internationale et effectué des entretiens avec des acteurs clés, nous notons que l'approche communautaire constitue une stratégie d'action prometteuse pour les décideurs dans le domaine sanitaire au Maroc. Cette stratégie peut compléter celles déjà en place (stratégies fixe et mobile) et donc, contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé préoccupants au Maroc. Elle peut aussi servir de moyen pour répondre à l'obligation de favoriser la participation de la population aux différentes actions qui vont contribuer au développement local, tout en répondant au droit de cette population d'être consultée pour ses propres problèmes de santé et de développement.

En effet, l'organisation de la santé communautaire au Maroc doit être un choix stratégique qui va permettre au Ministère de la Santé de répondre à certains enjeux importants pour le système de santé marocain. Ces enjeux concernent, essentiellement, les problèmes de couverture sanitaire et d'inégalité d'accès aux soins qui touchent principalement les milieux défavorisés et éloignés (le milieu rural), et les problèmes d'allocation des ressources pour lesquels l'approche en santé communautaire peut favoriser la mobilisation des ressources locales et faire participer la population et les partenaires locaux.

De multiples interventions à caractère communautaire en santé ont été réalisées au Maroc, mais, malheureusement, elles ne permettent pas d'avoir une même vision et une même conception envers une approche intégrée. Le MS doit intervenir au début, par la mise en place d'un plan national de promotion et de reconnaissance de l'approche de santé communautaire, dont l'objectif général serait de promouvoir celle-ci au sein des institutions étatiques et auprès des autres partenaires pour qu'elle soit reconnue et valorisée. Le MS doit par la suite intervenir pour exercer un contrôle sur les actions, surtout en ce qui concerne l'information et l'orientation à suivre sur le plan national, en commençant par la mise en place d'une structure dédiée à ce niveau, qui va s'occuper

de répertorier et de suivre l'ensemble des initiatives à base communautaire sur tout le territoire marocain.

Il serait par ailleurs difficile de concevoir et proposer un modèle unique pour les interventions à caractère communautaire dans le domaine de la santé, du fait des spécificités locales propres à chaque région, et donc de problèmes précis et différents auxquels il faut s'attaquer au moyen d'actions qui tiennent compte des besoins et des capacités locales, ainsi que des ressources et des compétences disponibles. Néanmoins, il est possible d'élaborer une feuille de route et un ensemble de principes d'orientation à suivre pour mener à bien ces actions, ainsi qu'un « guide d'actions communautaires ».

De ce fait, le « modèle de santé communautaire » à privilégier doit répondre aux critères suivants pour être applicable partout et pour toutes les communautés dans le pays :

- Favoriser l'action communautaire, et donc la prise de décision et la prise de mesures sont axées sur la collectivité et celle-ci collabore étroitement à la conception, à la mise sur pied et à l'évaluation du projet. Les changements apportés par le biais de tels projets doivent répondre à un besoin exprimé par la population cible tout en étant adaptés au contexte culturel et socioéconomique.
- La souplesse : les projets doivent s'adapter aux différents besoins de chaque collectivité ainsi qu'aux besoins changeants des participants et bénéficiaires, et aux conditions changeantes dans lesquelles ils vivent. La conception générale de l'initiative exige de la souplesse compte tenu de la collaboration des divers partenaires, de la diversité des collectivités et de l'éventail des ressources disponibles dans une collectivité donnée.
- L'équité et l'accessibilité, quels que soient leur culture et leurs statuts socio-économiques, tous les membres de la communauté jouissent des mêmes droits, notamment celui de pouvoir développer leur plein potentiel. Pour promouvoir l'équité en matière de santé, par l'instauration des actions communautaires en vue

de favoriser l'accessibilité aux services de santé pour les communautés vivant dans des conditions à risque.

- Les partenariats, les projets sont conçus et exécutés grâce aux efforts combinés de divers intervenants. Les activités de partenariat et de collaboration à l'échelle communautaire sont essentielles à la mise en œuvre d'une gamme complète d'initiatives efficaces et cohérentes en matière de prévention et de promotion de la santé.

RÉFÉRENCES

1. *PHC community based health services delivery framework: "a model on delivering PHC services within communities".*, in DRAFT 2. 2009. p. 53.
2. OMS, *Participation de la population à la santé locale et au développement durable. Approches et techniques*, in *Collection européenne développement durable et santé*. 2003, Bureau régional de l'Europe. p. 94.
3. Bantuelle, De Henau, and Lahaye, *La pratique communautaire dans la promotion de la santé. Quelques réflexions*, in *Santé conjugée*. Avril 1998
4. Sally Guttmacher, Patricia J. Kelly, and Y. Ruiz-Janecko, *Introducing community-based interventions*. John Wiley and Sons, 2010: p. 240.
5. Michel O'Neill and E. M. Coneill., *La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale*, in *Canadian Journal of Public Health*. March/April 1984. p. 23-32.
6. Schoene, M., *Au sujet de la santé communautaire*, in *Institut Théophraste Renaudot*. Avril 2003.
7. OMS, *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé*. 1991, Bureau régional de l'Europe: Genève.
8. OMS. *Déterminants sociaux de la santé* [cited 2010 19 Novembre]; Available from: http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html.
9. Louise Potvin, Angèle Bilodeau, and S. Gendron., *Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé*, in *Promotion & Education*. 2008. p. 17-21.
10. Bantuelle, De Henau, and Lahaye, *Susciter la santé communautaire*, in *Santé conjugée* avril 1998
11. Ryder, K.M., *Mobilisation communautaire : pratiques prometteuses pour l'adaptation*. 2000, USAID. p. 41.
12. Abdelwahab Zayyoun, *Synthèse de l'approche de soins de santé à base communautaire: Expérience de la Région de Taza Taounate Al Hoceima*. 2006, Ministère de la santé - GTZ: Rabat.
13. EUROPA. *Outils d'évaluations : SWOT* 22/06/2005 [cited 2010 21 Novembre]; Available from: http://ec.europa.eu/europeaid/evaluation/methodology/tools/tool_swo_def_fr.htm.

14. ADS. *L'ADS en bref*. [cited 2010 12 Décembre]; Available from: www.ads.ma.
15. Nyongator, F.K., et al., *The Ghana community-based health planning and services initiative for scaling up service delivery innovation*. Health Policy Plan, 2005. **20**(1): p. 25-34.
16. Marcia D. Hills, Simon Carroll, and M. O'Neill., *Vers un modèle d'évaluation de l'efficacité des interventions communautaires en promotion de la santé : compte-rendu de quelques développements Nord-américains récents.*, in *Promotion & education* 2004.
17. Denis Fontaine, Louisa Beyragued, and Catherine Miachon, *Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social*, E.R.d.S.P. Groupe évaluation, Editor. Mai 2004: LYON.
18. Larabi Jaidi and H. Rachik, *La participation communautaire au Maroc*. Octobre 2002, UNICEF: Rabat.
19. Boivin, N., *Bâtir une communauté en santé pour agir en PROMOTION DE LA SANTÉ*, Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick inc., Editor. 2008.
20. RLISSC-E, *Une proposition Cadre de mobilisation communautaire et de planification des services de santé locaux*. Mars 2006: Ontario.
21. UNICEF, *DAR AL OUMOUMA, Note de présentation générale*. 2002: Rabat.
22. Hastings, R., *Community Mobilization and Crime Prevention*, in *Rapport préliminaire présenté au Conseil national de prévention du crime*. 2001, ministère de la Justice: Ottawa.
23. UNHCR, *L'approche communautaire dans les opérations de l'UNHCR*, in Suisse. Janvier 2008, Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.
24. OMS, *charte d'Ottawa, Conférence internationale pour la promotion de la santé*. 1986: Ottawa, Canada.
25. Potvin, L., A. Bilodeau, and S. Gendron, *Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé*. Promotion & education, 2008. **15**(1 suppl): p. 17-21.
26. Santé-Ontario. *Guide de l'action communautaire*. Available from: <http://www.nexussante.ca/nosprogrammes/hprc/ressources/cafen.pdf>.
27. Jean, D. and G.D. Busque, *Cadre de référence en matière d'action communautaire*. Juillet 2004, Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille: Québec.

28. Latendresse, J. *Le leadership partagé*. Available from: www.centre123go.ca.
29. Latendresse, J., *La mobilisation : le moteur de l'action*. 2006, Centre 1,2,3 GO!
30. OMS, *L'action communautaire en faveur de la santé*, in 47ème Assemblée Mondiale de la Santé. Mai 1994: Genève p. 49.
31. Madan, T., *Community involvement in health policy : socio-structural and dynamic aspects of health beliefs*, in *Soc Sci Med*. 1987. p. 615-20.
32. Daniel Oberlé and Bernard Pissarro, *Développement social et promotion de la santé, la démarche communautaire*. Collection Santé et société, 2000. 9: p. 183.
33. Hance BJ, C.C., Sandman TM. , *Industry risk communication manual : improving dialog with community*, B.R.L. Publisher, Editor. 1990.
34. SB. Rifkin, *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile, planification familiale : analyse sur la base d'une étude de cas*. 1990, OMS: Genève. p. 44.
35. Naji, J.E., *Prise en charge integree des maladies de l'enfant: l'approche communautaire*, in *Rapport AVRIL/ JUIN 98*. 1998, Association Sociale Tiouizi Tagadirt-Naâbadou.

ANNEXES

ANNEXE I: QUELQUES CONCEPTS FONDAMENTAUX ET PRINCIPES DIRECTEURS DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE

1. QUELQUES CONCEPTS

1.1. L'ACTION COMMUNAUTAIRE

On entend par action communautaire le fait de regrouper des gens dans le but de s'attaquer à un problème particulier auquel fait face la communauté. Cette approche a déjà servi à trouver des solutions à divers problèmes dans plusieurs communautés [28]. L'action communautaire est l'affaire de chaque membre de la communauté. C'est un processus dans lequel les gens qui ont un problème commun travaillent ensemble pour le résoudre et la collaboration et le partage sur le plan des ressources, des idées, de l'espace et des programmes, entraînent habituellement un changement durable et favorisent un certain nombre d'activités

C'est un moyen de régler les problèmes d'une communauté, dans lequel les différents groupes de la communauté décident ce dont ils ont besoin, et donc c'est la communauté qui a le contrôle sur les changements à apporter. C'est elle qui se donne la possibilité d'explorer de nouvelles voies. C'est pour cela donc que certaines activités ne constituent pas des actions communautaires, tel un programme imposé par un organisme; le travail d'un professionnel qui vient dire aux membres de la communauté quoi faire, une idée empruntée de l'extérieur pour l'appliquer à une communauté ou encore une intervention suite à une évaluation des besoins faite par des personnes extérieures à la communauté [28].

Dans le cadre des actions communautaires on va puiser dans les ressources de la communauté en vue d'apporter les changements nécessaires. Mais le fait de travailler ensemble en tant que coalition dirigée par la communauté permet également de tirer profit des ressources à l'extérieur de la communauté.

Le rôle du personnel de la santé est donc d'amorcer le processus d'action communautaire après avoir bien cerner le problème auquel on doit s'attaquer, puis en faire part à des membres de la communauté. Ceci demandera beaucoup de temps et d'énergie car souvent, le processus amorcé va prendre son propre élan et une évolution inattendue ou, au contraire, l'émergence de problèmes et d'obstacles rendant difficile la mise en marche ou obligeant à revenir sur les choix pour ajuster l'action. De plus, un bon nombre de membres influents dans une communauté, que ce soient des particuliers, des organismes ou des associations, pourront parfois rendre le processus plus difficile, surtout si la structure de la communauté est très développée [29].

De ce fait, tirer profit des nombreuses ressources qui existent au sein de la communauté et s'assurer que chaque participant ait l'occasion de faire sa part deviennent des défis de l'action communautaire. Il faut s'attendre aussi à ce que les participants changent, selon les questions qui seront abordées et les solutions qui seront proposées.

L'action communautaire comporte cinq étapes :

- L'établissement du premier contact : identifier les personnes et des partenaires intéressées;
- La formation d'un comité de planification communautaire : obtenir un engagement;
- La collecte d'information : écouter ce que les gens ont à dire au sujet de leur communauté et de ses problèmes;
- L'élargissement du comité de planification : obtenir l'appui de la communauté pour passer à l'action;
- La mise sur pied d'une coalition communautaire : former un groupe stable et efficace;

On entend par « coalitions » des alliances en général menées par un leader individuel ou collectif, entre des individus et/ou des groupes qui ont des finalités différentes, mais qui partagent un objectif commun [29]. Le fait de former une coalition donne un nouveau sentiment de permanence. On dispose d'une base stable et engagée qui peut

RAPPORT FINAL-Avril 2011

planifier, élaborer et coordonner l'action. Les buts, les membres, les activités et les groupes de travail changeront selon les questions abordées, mais la coalition et son action communautaire continueront d'exister. Le cadre contextuel de l'évolution des coalitions doit assurer la précision des :

- **Rôles et responsabilités** : qui doivent être bien identifiés dans un organigramme, déterminant aussi bien les relations formelles que celles informelles entre les différents participants;
- **Mécanismes de décision** : manière par lesquelles les décisions sont prises en groupe par rapport au fonctionnement interne et aux relations avec les autres;
- **Gestion des ressources humaines** : qui fait référence aux mécanismes impliqués dans l'engagement et le contrôle des activités de chacun des membres du groupe;
- **Acquisition des ressources** : et le contrôle que peuvent avoir les parties prenantes sur l'obtention et la gestion des ressources du groupe [29].

Ainsi, les professionnels de la santé devraient d'acquérir certaines compétences afin d'être en mesure d'encourager la collaboration entre les membres de la coalition. Parmi les compétences nécessaires pour assurer le succès de la démarche, on retrouve des connaissances dans les domaines de [28, 30] :

- La planification et l'élaboration de programmes, c'est-à-dire être capable de définir les composantes d'un programme et de planifier en conséquence;
- La mise sur pied de la coalition et l'établissement d'un réseau, à savoir la capacité de poser des questions, de bien écouter les réponses et d'être à l'écoute des opinions et des attitudes des autres et de favoriser le regroupement de gens qui partagent les mêmes valeurs et les mêmes intérêts et qui peuvent aider à atteindre les buts.
- Les communications, c'est-à-dire être capable de concevoir et diffuser des messages facilement compréhensibles et acceptés du public;

- L'évaluation, c'est-à-dire être en mesure d'évaluer les résultats pour savoir si les objectifs d'un programme ou d'une activité ont été atteints;
- L'autonomie, à savoir la capacité de travailler de façon indépendante, en particulier au début du travail de mise sur pied d'une coalition. Être capable d'établir les tâches et l'échéancier [31].

En conclusion, un ensemble de recommandations sont à retenir pour favoriser la réussite de toute action ou intervention à caractère communautaire dans le domaine de la santé [3, 29]:

- **Se fixer un horizon temporel réaliste et** prévoir assez de temps pour permettre aux partenaires de construire des relations professionnelles de confiance et d'acquérir les capacités techniques et organisationnelles nécessaires pour mettre en place un projet.
- **Établir des règles raisonnables, simples et claires** pour tous les participants. De même, les critères de contrôle et de performance doivent être formulés de manière univoque et objective. Des accords explicitant la structure institutionnelle et les responsabilités de chacun sont essentiels à cette fin.
- **Construire des mécanismes de participation**, pour que la population locale s'approprie un projet, il faut qu'elle soit impliquée dans celui-ci le plus tôt possible, par des représentants largement reconnus et respectés.
- **Donner le choix aux populations bénéficiaires**, car l'approche participative exige de ne pas prioriser d'emblée tel ou tel type de projet ou d'intervention, mais d'accepter la décision informée prise par le comité local. Seuls des participants bien informés des options et des contraintes (techniques, organisationnelles, financières) peuvent choisir en connaissance de cause, adhérer à un projet et s'y impliquer activement. Cela souligne l'importance de réunions publiques régulières, de panneaux d'information actualisés, d'un suivi des projets dans les médias locaux, et surtout de la présence sur le terrain de spécialistes techniques et animateurs sociaux.

- **Créer des incitations pour les communautés**, inciter les communautés à participer de manière constructive à un projet contribue au succès de celui-ci. Par ailleurs, le cofinancement par la communauté d'une partie, même faible, de l'investissement initial et des dépenses successives ainsi que leur responsabilisation pour la gestion et l'exploitation d'une infrastructure ou d'un équipement sont des moyens puissants pour l'appropriation d'un projet par la communauté et le choix de solutions adaptées et durables.
- **Inclure tout le monde dans l'approche**, pour arriver à toucher les populations les plus pauvres, il faut leur donner une voix. Or, ce sont justement les groupes les plus faibles qui sont généralement le moins bien représentés au sein d'une communauté, les leaders locaux étant souvent issus des couches plus riches et mieux éduqués. Donner la possibilité de s'exprimer et de décider aux plus vulnérables doit être un des objectifs principaux d'une démarche participative.
- **Créer ou renforcer les associations locales**, qui sont un relais efficace pour avoir une représentation large et articulée des différents besoins au sein d'une communauté, tout en étant des organisations à petit budget. Il s'agit donc de mobiliser et d'inciter des organisations formelles ou informelles (traditionnelles) par des subventions ou des formations renforçant leurs capacités. Ce sont elles qui peuvent mobiliser à leur tour les individus et assurer la pérennité d'un projet avec la population, les autorités locales et les autres parties prenantes.
- **Concevoir des projets flexibles**, qui doivent pouvoir être rapidement adaptés aux évolutions des besoins techniques et organisationnels, mais aussi des capacités et des priorités locales.
- **Assurer un impact durable**, et donc tout projet doit viser la durabilité. Il est donc important de distinguer, dès la phase de conception, l'aide temporaire des mécanismes permanents pour assurer la pérennité du projet à long terme. Il faut donc, dès la phase de conception, prévoir les besoins de gestion et de maintenance

dans la durée et les moyens nécessaires, notamment par le biais de fonds de maintenance, ou par des contrats basés sur la performance dans le temps.

- **S'appuyer et se coordonner avec des programmes existants**, tout projet s'insère dans un contexte de programmes passés et présents avec des objectifs différents ou similaires visant l'amélioration des conditions de vie et de santé. Il est donc crucial de coordonner pour chaque communauté cible les efforts des différentes initiatives pour construire sur les expériences du passé, tout en introduisant une nouvelle démarche participative.

1.2. LA PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE

Elle s'intègre dans toute stratégie de développement, comme le souligne un groupe de travail de l'OMS, « *il paraît presque réactionnaire aujourd'hui de proposer une stratégie de développement qui ne fasse pas appel à la participation, et les principales étapes de développement – recherche, planification, mise en œuvre, évaluation – ont toutes été réorientées pour les rendre participatives* » [32].

La notion de participation est notée de façon explicite dans la définition officielle de la promotion de la santé dans le Décret qui organise la promotion de la santé en Communauté française de Belgique qui stipule qu'elle : « *signifie favoriser la participation active de tous les acteurs concernés, non seulement par les professionnels mais aussi par la population. Cette participation peut apparaître à différents niveaux : l'information, l'éducation, la formation, l'expression des acteurs quant à leurs besoins, leurs problèmes, leurs aspirations, l'implication des acteurs dans le choix des stratégies, la mise en œuvre des actions et l'évaluation de celles-ci* »¹.

Les interprétations de la participation communautaire sont multiples. Elles peuvent recouvrir le sens de coopération jusqu'à celui d'obédience [31].

¹ Décret du 14 juillet 1997 qui organise la promotion de la santé en Communauté française de Belgique.
RAPPORT FINAL-Avril 2011

Étant données les difficultés associées à la détermination du niveau de participation qui n'est pas le même pour toutes les personnes, il est nécessaire de disposer d'indicateurs précisant au minimum les différents niveaux existants, et leurs caractéristiques. Outre la contribution à la définition de la participation, ces indicateurs devraient aussi permettre d'évaluer les degrés de participation de la population aux actions entreprises [32]. Ces degrés de participation, qu'on peut lier aux niveaux d'implication dans les actions et programmes mis en œuvre, sont fonction du niveau de pouvoir spécifique du citoyen ordinaire sur la décision.

Plusieurs auteurs proposent de recourir à l'usage d'une échelle de pouvoir formalisée par Hance et al [33].

Tableau 3 : Les différents niveaux d'implication du citoyen ordinaire (selon Hance et Al, 1990) [32]

Échelons	Degré de participation
1^{er} échelon	Le promoteur agit seul, sans communiquer avec les citoyens
2^{ème} échelon	Le promoteur informe les citoyens sans leur demander de se prononcer sur la question
3^{ème} échelon	Le promoteur consulte sans réellement tenir compte des commentaires émis
4^{ème} échelon	Le promoteur consulte et tient compte des commentaires émis
5^{ème} échelon	Le promoteur s'associe à la population pour résoudre le problème
6^{ème} échelon	Le promoteur remet entre les mains des citoyens le pouvoir de prendre seuls les décisions appropriées

Alors que l'OMS propose une classification de la participation communautaire de la façon suivante [30] :

- La **participation marginale** pour laquelle la communauté possède peu d'influence ;
- La **participation de fond** caractérisée par une intervention active de la communauté dans la détermination des priorités et dans le déroulement de l'action ;
- La **participation de structure** où la communauté joue un rôle dans tous les aspects du programme.

Par ailleurs, Rifkin [34], distingue encore cinq niveaux dans la participation communautaire :

- La participation aux avantages des programmes;
- La participation aux activités des programmes élaborés par des organismes ou institutions;
- La participation à l'exécution du programme;
- La participation à l'évaluation des programmes;
- La participation à la planification des programmes.

Le diagramme ci-dessous, montre un continuum de mobilisation des participants. Plus la question est complexe, comme c'est le cas pour toutes les interventions dans le domaine social et sanitaire, et le besoin d'adhésion des intervenants est grand, plus le degré de participation aux décisions doit être élevé.

MOINS GRANDE	COMPLEXITÉ DE LA QUESTION		PLUS GRANDE
Informier et éduquer	Recueillir des commentaires	Consulter	Faire participer
MOINS GRANDE	NIVEAU DE PARTICIPATION AUX DÉCISIONS		PLUS GRANDE
Fournir des renseignements précis, en temps opportun, pertinents et facile à comprendre. Ce niveau de mobilisation fournit des renseignements sur le projet, en plus d'offrir la chance aux participants de comprendre les problèmes, les possibilités et les solutions. Il n'y a aucune chance d'influencer les résultats finaux puisqu'il s'agit de communication à sens unique.	Obtenir des commentaires sur l'analyse et les changements proposés. Ce niveau de mobilisation fournit des occasions aux intervenants de faire connaître leur opinion, d'exprimer leurs préoccupations et de préciser les modifications à apporter. Le résultat final peut être influencé.	Solliciter et recevoir les opinions des intervenants sur les politiques, les programmes ou les services qui les touchent directement ou dans lesquels ils ont un intérêt important. Ce niveau fournit des occasions de dialogue entre les intervenants et les représentants du ministère. La consultation peut entraîner des changements dans le résultat final.	Travailler directement avec la communauté pour que ses questions et ses préoccupations soient toujours compris et pris en considération, et de permettre aux intervenants de soulever leurs propres questions. Les intervenants peuvent fournir un avis direct puisqu'il s'agit d'un processus de communication bidirectionnel. Ce niveau influencera le résultat final et encouragera les participants à se responsabiliser pour trouver des solutions

Adapté de RLISS-CT; février 2006 [20].

Au Maroc, il nous fallait rappeler certaines des réalités du contexte marocain qu'une telle approche bousculerait à coup sûr, ou pour le moins, serait appelée à apprivoiser ou à contourner. Il faut donc rappeler des contentieux potentiels relatifs à certaines relations [35] :

- La relation du Ministère de la Santé au citoyen : des rapports qui ne sont pas totalement à l'abri de déficits d'image et de crédibilité du système, de malentendus dans les engagements, de frustrations, de blocages, d'attentes du citoyen qui sont disproportionnées par rapport aux capacités du système ou que celui-ci prend en charge de manière incorrecte ou partielle.
- La relation de la communauté à la perspective d'une auto-prise en charge de ses problèmes de santé : une perspective difficile à faire percevoir à la population, à fortiori par une administration dont c'est le mandat depuis toujours... Défiance et suspicion accompagnent donc, en toute logique, une telle hypothèse aux yeux de cette population.

1.3. LE LEADERSHIP ET LE LEADERSHIP PARTAGÉ

Le leadership se définit généralement comme la capacité d'influencer et de mobiliser les autres afin d'atteindre un but commun [14]. Le leadership fait référence à la capacité d'une personne d'influencer les autres en vue de les entraîner dans l'action, de modifier leur pensée, etc. Cette capacité vient de la crédibilité que les autres lui reconnaissent. Ainsi, la notion d'influence est étroitement liée à celle du leadership, elle en est la manifestation. Les courants plus contemporains proposent des styles de leadership plus démocratiques qu'autocratiques, s'adaptant aux réalités des structures et à leurs finalités. C'est un outil central de la concertation et du partenariat [14].

Le *leadership partagé* est un style de leadership fondé sur la distribution des rôles d'influence selon les compétences des personnes à les exercer. Ce qui fait sa force, c'est que ces rôles peuvent être répartis entre tous les membres d'un groupement, qui ont les compétences déjà reconnues pour les assumer ou qui peuvent les développer. En ce sens, le leadership partagé est une formule pratique qui permet d'utiliser les compétences disponibles dans la communauté de façon optimale [14].

Les professionnels de la santé du MS de tous les niveaux doivent développer un des styles de leadership sus cité, que ce soit un leadership individuel ou un leadership

partagé, surtout durant les premières étapes de la mise en place de l'approche communautaire et des actions communautaires. Ceci va leur permettre de jouer un rôle important dans la mobilisation des partenaires et de la communauté. Plus tard, le leadership partagé qui est ouvert et inclusif va permettre aux autres participants et aux membres de la communauté, selon les circonstances et les besoins, d'assumer le leadership par un membre qui se sent désireux et compétent de l'exercer. Ce leadership *ponctuel* peut ainsi être exercé par tous les membres de *la coalition communautaire* à des moments précis, permettant d'utiliser leurs pleins potentiels.

Certaines compétences (voir Annexe II), doivent exister chez ces responsables ou sont à développer.

2. PRINCIPES DIRECTEURS

Deux principes importants doivent guider l'intervention dans une approche communautaire : l'approche basée sur les droits bénéficiaires et une participation effective de des membres de la communauté à côté des autres parties prenantes

2.2. L'APPROCHE BASÉE SUR LES DROITS :

L'approche basée sur les droits est fondée sur les principes de participation et d'autonomisation des personnes et des communautés pour promouvoir le changement et leur permettre d'exercer leurs droits et de remplir leurs obligations [23]. Elle identifie les détenteurs de droits, les membres de la communauté siège de l'intervention, et les porteurs de responsabilité et obligations, principalement le MS, mais aussi l'ensemble des représentants des autres départements de l'État, et cherche à renforcer les capacités des détenteurs de droits à faire leurs revendications ainsi que celles des porteurs de responsabilité à donner satisfaction à ces revendications. Cela nécessite un changement d'attitude dans la manière de travailler avec et pour les communautés relevant de la compétence de la circonscription sanitaire, elles ne sont plus perçues comme des bénéficiaires, mais plutôt comme des « ayant-droits » et des partenaires.

Par conséquent, l'approche communautaire fait partie intégrante de l'approche basée sur les droits puisqu'elles sont toutes deux basées sur des principes et des buts communs. Cette double approche nécessite que les politiques, les programmes et les activités soient basés sur des normes, et que les membres et les dirigeants de la communauté examinent leurs rôles en tant que détenteurs de droits et en tant que porteurs de responsabilité [23].

2.3. LA PARTICIPATION EFFECTIVE

Comme on a vu plus haut, La «participation» fait référence à l'implication complète et égale des membres de la communauté dans les activités et les processus de prise de décisions dans tout ce qui peut affecter leur vie. De même, le niveau de participation dépend, en plus de la satisfaction qu'en éprouvent les participants et de ce qu'ils peuvent retirer de ce processus, de l'écoute que peuvent manifester les intervenants à leurs problèmes et leurs besoins. La participation dépend aussi de l'analyse que les participants peuvent réaliser avec les intervenants de manière à ce qu'ils puissent identifier leurs propres priorités et les résultats préférés.

Sans participation élargie, seules quelques personnes décideront pour tout le monde, pouvant ainsi contrôler les informations et les ressources avec un risque d'abus de pouvoir. De même, il ne faut pas considérer la participation de manière restreinte comme une méthode d'amélioration de la performance d'un projet, mais plutôt comme un moyen de favoriser l'appropriation et l'*empowerment*. En effet, les membres de la communauté apprennent à analyser leur situation, augmenter leurs connaissances et leurs ressources, renforcer leur capacité à revendiquer leurs droits et agir pour atteindre leurs buts. De plus, leurs capacités et leurs compétences sont également reconnues par les autres. Ce processus va leur permettre d'atteindre un degré d'autonomisation qui nécessite des changements aux niveaux individuel et structurel. Une participation effective va favoriser à la longue un degré supérieur de participation, l'appropriation, qui est atteinte quand les personnes assument toutes leurs responsabilités pour la

continuation du travail et qu'elles arrivent à gérer les activités et les services qu'elles considèrent prioritaires. C'est le résultat naturel d'un processus qui respecte les principes de la participation active et de l'autonomisation. Or, il se peut que l'appui et l'assistance d'acteurs extérieurs restent nécessaires en raison de l'absence de ressources ou d'opportunités.

ANNEXE II : LES CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES LES PLUS IMPORTANTES POUR LE PERSONNEL DE SANTÉ

1. LES CONNAISSANCES

L'application de l'approche communautaire nécessite, en plus des principes généraux de l'approche communautaire et les concepts qui lui sont reliés, la compréhension des processus de groupe, la résolution de conflits et la médiation. Les responsables et les équipes du ministère de la santé chargés de la gestion de ces initiatives doivent posséder des connaissances fondamentales, notamment :

- la compréhension des sciences sociales et une expertise en techniques de communication, qui sont essentielles pour garantir la participation et effectuer des analyses sociales approfondies qui prennent en compte les critères de l'âge, du sexe et de la diversité culturelle, etc.;
- la connaissance des caractéristiques culturelles de la communauté, ce qui facilitera le contact et va aider aussi à être clairs à propos des normes culturelles à respecter;
- la compréhension des politiques sociales de l'état, notamment les principes directeurs et les tendances relatives aux femmes, aux enfants et aux personnes handicapées ainsi qu'à la prévention et à promotion de la santé;
- être familiariser avec les outils d'appui tels que l'interprétation des indicateurs, la connaissance du cycle de gestion des opérations, etc.;
- la volonté de tirer des enseignements des personnes qui les entourent, notamment la population, les associations locales, les autres partenaires et les fonctionnaires des autres départements, pour augmenter leurs connaissances et leur compréhension;
- savoir investir du temps dans la collecte d'informations sur la communauté, son histoire et ses dynamiques actuelles, tout en comprenant que certaines caractéristiques des membres de l'équipe, exemple : l'âge, le sexe et l'origine

peuvent faciliter ou gêner l'engagement avec certains groupes et certaines communautés.

- il est utile que l'équipe puisse se connaître soi-même, ses propres forces et ses faiblesses, afin de savoir quel est le meilleur moyen d'appuyer les processus communautaires.

2. LES COMPÉTENCES

Quelques compétences spécifiques sont nécessaires pour garantir le succès du processus participatif et soutenir l'approche basée sur les droits et l'approche communautaire. Voici les plus importantes:

- Les compétences en communication sont cruciales pour permettre aux gens de travailler ensemble sur une tâche ou vers un but commun. La communication est un processus à double sens : les informations sont reçues et transmises par le partage et l'écoute. Les personnes du ministère ne peuvent participer de manière active que si elles ont accès aux mêmes informations que les autres partenaires. Certains principes de la communication sont à respecter :
 - o L'écoute est la partie la plus importante de la communication. L'écoute active nécessite que l'on montre de l'intérêt à ce qui est dit, de clarifier les points et d'être capable de résumer correctement les informations.
 - o Communiquer avec respect signifie parler avec les gens, pas aux gens.
- Des compétences en négociation sont importantes pour faciliter les processus complexes avec différents intervenants qui ont des niveaux de pouvoir ainsi que des capacités de prise de décision variés. La persuasion et la négociation sont constamment requises pour lancer des discussions sur des problématiques sensibles.
- Des bonnes capacités d'observation et la curiosité permettent de découvrir la communauté. L'observation permet aussi de remarquer et d'interpréter le

comportement non-verbal. Ceci est essentiel lorsque nous essayons de savoir qui sont les personnes les plus influentes (leaders) et aussi celles qui se font le moins entendre, ou qui se sentent moins libres de participer.

- Les principales compétences associées aux rôles de leadership [14] :
 - o Capacité à saisir, à articuler et à vulgariser la vision et la mission;
 - o Capacité à développer une orientation commune et à la partager;
 - o Capacité à anticiper l'avenir et à proposer les meilleurs chemins à emprunter;
 - o Capacité à œuvrer dans un univers politique, faisant une bonne lecture des rapports de pouvoir et d'influence;
 - o Capacité à inspirer les autres, à susciter leur confiance et à les mobiliser vers l'action;
 - o Capacité à communiquer et à convaincre;
 - o Capacité à maintenir le dynamisme et la motivation de chacun, soulignant les succès;
 - o Capacité à faire face aux problèmes et aux embûches, offrant des solutions innovatrices;
 - o Capacité à concilier les points de vue de chacun et à favoriser l'émergence d'intérêts communs;
 - o Capacité à favoriser la participation de tous au processus décisionnel démocratique;
 - o Capacité à se remettre en question, à accepter d'autres façons de faire que la sienne.

Ces compétences vont aider aussi à prendre plus conscience de l'effet que va produire l'intervention entreprise sur la communauté.

ANNEXE III : LES ÉTAPES D'EXÉCUTION DE L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE [23]

1. L'analyse de la situation et l'analyse des informations sur la communauté
2. L'analyse des parties prenantes.
3. Établir le contact avec la communauté
4. L'évaluation participative : les attentes, le temps et les ressources
5. La planification participative
6. La mobilisation communautaire pour l'autonomisation.
7. La représentation de la communauté
8. Les interventions et les solutions communautaires
9. Le renforcement des capacités communautaires
10. La planification de l'action communautaire
11. Les équipes d'action communautaire
12. Le suivi et l'évaluation communautaire

ANNEXE IV : L'INITIATIVE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT HUMAIN (INDH)

L'avènement de l'INDH, une initiative novatrice au Maroc pour réduire la pauvreté, l'exclusion sociale et la précarité, s'inscrit dans une vision globale du développement social et humain pour le pays. L'INDH est un programme de développement communautaire participatif, ce qui signifie que ce sont les habitants des communautés cibles qui vont exprimer eux-mêmes leurs besoins en matière d'équipement et de services sociaux, y compris leurs besoins en matière de santé, d'appui aux activités génératrices de revenus, de renforcement des capacités et d'animation sociale. Cette vision embrasse en grande partie les caractéristiques de la « santé communautaire », et propose aussi des possibilités de cofinancement des initiatives en santé à base communautaire qui seront étudiées au niveau de chaque commune ou quartier et financées dans le cadre d'une « initiative locale de développement humain ». La mise en œuvre de cette initiative locale se fera tout en recherchant une mise en convergence avec les programmes sectoriels et les plans de développement des collectivités locales.

Les activités de l'INDH en milieu rural ont pour objectif de réduire la pauvreté et l'exclusion de citoyens ruraux. Les objectifs en milieu urbain visent à renforcer l'insertion, la cohésion sociale et l'amélioration des conditions et de la qualité de vie des populations. Les actions prévues peuvent être regroupées sous quatre volets² :

- Soutien à l'accès aux infrastructures de base/aux services de proximité et aux équipements sociaux/urbains de base;
- Dynamisation du tissu économique local par des activités génératrices de revenus/d'emploi;
- Soutien à l'action et à l'animation sociale, culturelle et sportive;
- Renforcement de la gouvernance et des capacités locales.

² Source : Guide pour la mise en œuvre du programme de lutte contre la pauvreté en milieu rural (mars 2006), Programme de lutte contre l'exclusion sociale en milieu urbain (février 2006).

ANNEXE V : LISTE DES RESPONSABLES ET DES GROUPES AYANT PARTICIPÉ AUX ENTRETIENS

NUMERO	DEPARTEMENT
CATEGORIE 1 : LES RESPONSABLES DU MS	
1	Médecin chargé du dossier santé communautaire à la Direction de la population
2	Chef de la division de SMI
3	Chef de service de l'information et de l'éducation sanitaire, Division de la communication
4	Chef de service de la réhabilitation et de la gériatrie- Direction de la population
5	Direction de la réglementation et du contentieux-Division du partenariat Public-Privé
6	Direction des hôpitaux
7	Division de la planification
8	Major SIAAP- Province de Taza
9	Médecin chef C/S Tahla Province de Taza
10	Médecin du Service de la réhabilitation et de la gériatrie- Direction de la population
11	Responsable de l'unité de santé en milieu rural- division de SMI/ Direction de la population
12	Chef de service de la coordination et de collaboration intersectorielle
CATEGORIE 2 : AUTRES PARTENAIRES	
REPRESENTANTS D'ORGANISMES INTERNATIONAUX DE COOPERATION	
13	Spécialiste en développement rural- Fonds des Nations Unis pour l'enfance (UNICEF) - Bureau du Maroc
14	Spécialiste en santé- Fonds des Nations Unis pour l'enfance (UNICEF) - Bureau du Maroc
15	Représentant Assistant-Santé (Assistant Representative - Health); FNUAP
16	Conseillère technique - GTZ
17	Responsable de programme - MEDICUS MUNDI Tanger
REPRESENTANT DU MILIEU UNIVERSITAIRE	
18	Professeur d'université, sociologue
REPRESENTANTE D'UNE AGENCE NATIONALE	
19	Responsable du pôle développement Humain ; Agence de Développement Social
CATEGORIE 3 : PRÉSENTATIONS ET DISCUSSIONS DE GROUPE :	
20	Représentants des directions centrales du MS
21	Groupe Thématique Santé Maternelle (GTSM)

ANNEXE VI : LISTE DES DOCUMENTS ANALYSÉS

AUTEUR/ ORGANISATION	TITRE	DATE
ABDELWAHAB ZAYYOUN	Synthèse de l'approche de soins de sante a base communautaire, expérience de la Région de Taza Taounate Al Hoceima	Décembre 2006
ABDESSAMAD DIALMY	Connaissances, attitudes et pratiques des parents en matières d'alimentation et de soins pour la survie, la croissance et le développement de l'enfant, provinces de : Chefchaouen, Taounate, Taza, Oujda, Figuig.	Août 2008
AHMED HERZENNI	Évaluation à mi parcours des projets « BED » sites de Zbirat Oulad Sabbah, Aïn Cheggag, Bni Lent, Aïn Maatouf et Laamri. OMS-DHSA.	Janvier 2004
DRISS BENSAID	Évaluation de l'expérience des mutuelles communautaires à la Province d'Azilale.	Décembre 2009
LARABI JAIDI HASSAN RACHIK	La participation communautaire au Maroc- Rapport d'évaluation.	Octobre 2002
MY AHMED ELBOUSKRAOUI	Projet Personnes relais au niveau de la province d'Al Haouz, Rapport d'évaluation finale. UNFPA.	Mars 2006
OMS	Étude d'évaluation à mi-parcours du PBED de Fès-Médina et de Chefchaouen.	Novembre 2002
OMS	Comparaison des deux sites du PBED de Fès-Médina et celui de Chefchaouen.	
ROUANI AHMED	Initiative des services de santé à base communautaire : Expérience de la région Taza Al Hoceima-Taounate.	Avril 2009
SOPHIE BOUKHARI	Évaluation du projet pilote Dar Al Oumouma, programme de coopération Maroc-UNICEF.	2010
UNICEF-MS	Auxiliaires de santé scolaire en milieu rural résultats de l'enquête d'évaluation.	Avril 2004