



COVERAGE MONITORING NETWORK

La Mobilisation Communautaire au Mali

Une Guide Pratique d'activités
Opérationnelles

Janvier 2015



Table des matières

Introduction générale	2
Pistes de travail	3
Etape 1 : Investigation qualitative	4
Etape 2 : Impliquer la communauté.....	4
Etape 3 : Les activités communautaires	5
Conclusion.....	9

Introduction générale

La mise en œuvre d'une véritable mobilisation communautaire pour améliorer la couverture des programmes PCIMA implique de revisiter les stratégies des bailleurs comme celles des opérateurs sur le terrain. Ce texte est une synthèse des orientations opérationnelles tendant à rejoindre une approche de santé communautaire appliquée aux interventions de la lutte contre la malnutrition aigüe des enfants dans les pays du Sahel dont le Mali.

Les différentes enquêtes de couverture réalisées dans ce pays contribuent à favoriser l'émergence d'une nouvelle approche : les barrières d'accès aux soins identifiées procèdent pour une part de la qualité de l'offre de soins. Néanmoins un certain nombre de faits sociaux et culturels impactent largement le recours thérapeutique des enfants atteints de malnutrition. Cela est d'autant plus saillant dans le cadre d'un traitement ambulatoire vécu quotidiennement à domicile par les familles d'enfants malades.

Ce constat établi, une évolution du positionnement des acteurs impliqués s'impose comme celle des communautés ciblées par les programmes. Il n'est pas lieu ici de reprendre l'historique de l'assistance humanitaire ou des orientations de la santé publique, mais nous pouvons collectivement constater que les modalités d'intervention contre la malnutrition atteignent des limites. Les efforts déployés par les ministères pour reconnaître la malnutrition comme un enjeu de santé publique ont permis l'adoption de protocoles nationaux encadrant la prévention et la prise en charge de la malnutrition. Dans les pays du Sahel, comme pour d'autres régions africaines, ces stratégies ont intégré la mobilisation communautaire comme une des composantes de la lutte contre la maladie. De leurs côtés, les ONG, généralement intervenant en appui aux services publics, ont accompagné la mise en œuvre de ces activités.

Malgré les intentions déclarées d'une approche plus participative, il apparaît que les communautés se sentent relativement étrangères et peu concernées par les objectifs annoncés de leur « propre » mobilisation. La mise en place de relais communautaires - dont l'efficacité est variable et aléatoire - n'a pas suffi à ce que les dites communautés se sentent partie prenante de la lutte contre la malnutrition. Les taux de couverture des programmes PCIMA en sont un témoignage problématique : le nombre d'enfants effectivement pris en charge n'est pas à la hauteur des attentes et des efforts financiers et humains réalisés. Cela constitue, pour le coup, un essoufflement dans

la réalisation des projets : les équipes soignantes et de terrain partagent une certaine démotivation, l'utilité des fonds alloués n'est pas optimale et les populations affichent un certain scepticisme voire un franc désintérêt pour des projets dont elles sont normalement les bénéficiaires directs.

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour comprendre la situation et proposer des pistes de solution.

L'approche PCIMA, malgré ses intentions communautaires, reste le plus souvent standardisée. L'expérience des enquêtes réalisées par le CMN a conduit à une analyse contextualisée des populations ciblées et à l'identification des obstacles à l'accès aux soins dans un environnement socio-culturel déterminé. Tous les types d'action que nous allons présenter dans ce document doivent faire l'objet d'une concertation avec les communautés. Un examen qualitatif permettra, au cas par cas, d'évaluer la faisabilité des actions envisagées, leur adaptation aux modes de vie et aux faits culturels auxquels elles sont liées. Cet effort d'adaptation ne doit pas pour autant être assimilé à du relativisme culturel ou à une surinterprétation « culturaliste » des choses. Il doit permettre de se baser sur une réalité vécue mais aussi de viser certaines formes de transformation sociale, objectif intrinsèque des actions de santé communautaire : la réappropriation des problématiques de santé par les populations concernées, l'autonomie des actions communautaires pour y répondre, empowerment des femmes, renforcement des capacités individuelles et collectives, etc.

Dans cette perspective, les communautés auront à partager les responsabilités de la réussite des actions dès lors qu'elles en seront en partie les auteurs et les acteurs. La fin du modèle vertical de la santé publique passera donc par une modification des positionnements des uns et des autres : de la relation d'aide on se dirigera vers une relation de coopération. Cela doit permettre de garantir une meilleure adhésion des familles au programme PCIMA, une réponse adaptée et pérenne aux barrières d'accès aux soins d'une part. D'autre part la restauration du lien de confiance entre acteurs de santé et population s'appuiera sur une plus grande transparence des ressources et des contraintes des structures de santé et des ONG. Pour atteindre cette configuration, il est impératif que les bailleurs de fonds s'engagent simultanément dans cette direction en soutenant, à moindre coût, les initiatives de mobilisation communautaire.

Pistes de travail

La nature des actions de santé communautaire implique une participation active de ces communautés à l'élaboration, la mise en place, le suivi et l'évaluation des projets en santé. La sollicitation des communautés, sur le terrain, se réduit généralement à une délégation des activités : « nous n'avons pas les moyens de diffuser un message de prévention, on va charger les agents de santé communautaires de le diffuser ». Les risques d'inefficacité sont alors importants : le message n'est peut-être pas adapté ? Les agents de santé communautaire l'ont mal compris ? Leur audience est limitée ? Ou encore leur disponibilité ou leur capacité à le diffuser ? L'approche communautaire consisterait à élaborer les messages avec des personnes issues de la communauté, identifier avec elle les termes à choisir, les canaux de communication les plus efficaces au regard de la population cible et à évaluer avec elle l'impact du message délivré.

Etape 1 : Investigation qualitative

Les acteurs de santé intègrent la compréhension de l'environnement socio-culturel de leur zone d'intervention. Ils peuvent réaliser des investigations qualitatives ponctuelles pour identifier ce qui impacte les programmes de santé. Les données quantitatives sont généralement disponibles du fait d'un grand nombre d'enquêtes réalisées (SMART, CAP, etc.) et du traitement statistique des données nutritionnelles systématiquement recueillies par les Etats comme par les ONG. L'approche qualitative donnera un sens complémentaire à ces données : tel pourcentage des enfants n'accèdent pas au programme, il est incontournable de comprendre pourquoi, qui influence l'itinéraire thérapeutique de l'enfant malade, comment la malnutrition s'inscrit dans le corpus médical traditionnel, etc. Nous savons généralement « combien », il faut maintenant savoir « pourquoi » et « comment ». Au-delà des enquêtes qualitatives – dont nous rappelons qu'elles nécessitent peu de moyens humains et financiers et qu'elles feront sûrement économiser à terme de l'argent et de l'énergie – le recueil de ce type de données peut également être inscrit dans le travail de routine des acteurs de terrain lors de leurs visites dans les centres de santé ou dans les villages.

L'analyse de l'environnement socio-culturel utile à la PCIMA comprend les points suivants :

- Structures sociales, organisations communautaires, rapports d'autorité et hiérarchie sociale
- Rapports de genre, organisation familiale, relations intergénérationnelles
- Religions, croyances, approche culturelle de la médecine et de la santé (étiologie, représentation de l'efficacité thérapeutique, interprétation des signes, pouvoir de décision sur le recours aux soins, etc.), perception de la malnutrition et itinéraire thérapeutique des enfants (automédication, vendeurs ambulants de médicaments, médecine traditionnelle, rites magico-religieux, accès aux services de santé publics et privés, etc.)
- Perception de la médecine biomédicale, perception des programmes et des produits (Plumpy Nut), relation soignant-soigné, coûts réels et supposés des soins.

Etape 2 : Impliquer la communauté

Cette étape doit dépasser l'approche théorique que l'on constate trop souvent sur le terrain. Comme évoqué ci-dessus, l'absence de participation effective de la communauté fragilise le lien de confiance avec les acteurs de santé et aboutit à des situations limites : combien de témoignages de part et d'autres qui décrivent une situation d'incompréhension. La communauté peut penser que la malnutrition n'est que le problème des autorités sanitaires ou des ONG « qui interviennent comme elles veulent et abandonnent ». Les professionnels qui se découragent face à des familles « qui ne comprennent pas les enjeux et négligent la santé des enfants » ou encore face à des leaders communautaires « qui ne feront rien si on ne leur donne pas des per-diem ». Ce malentendu réciproque sera dissipé par l'association des communautés au cycle de projet et l'intensification du dialogue entre opérateurs et populations cibles.

Les investigations qualitatives décrites dans l'étape 1 fourniront des opportunités pour identifier les représentants de la communauté les plus motivés pour participer et constituer un groupe de travail de référence pour les travailleurs humanitaires et les professionnels de santé. Ce groupe, qui n'a pas vocation à être figé, devrait être représentatif de tous les segments de la société : mères d'enfants malnutris ou guéris, hommes, leaders coutumiers ou religieux, guérisseurs, représentantes des groupements de femmes, etc. Notons toutefois que l'expérience humanitaire a

démontré que les groupements « artificiels » créés pour les besoins d'un projet ne sont pas souvent cohérents et durables. Il est préférable de s'appuyer sur des groupes existants et de privilégier les visites de terrain avant de constituer un groupe de travail dédié. Au Mali, beaucoup de structures communautaires existent déjà : tontines, associations de femmes, confréries de guérisseurs, coopératives agricoles, association des chefs de villages, etc. Chacune a la capacité de désigner un interlocuteur privilégié pour les projets en santé. La participation de mères et pères d'enfants admis ou déchargés des programmes est une condition indubitable d'une stratégie de santé communautaire. Certaines activités (par exemple le pré-test d'outils de prévention) pourront s'appuyer sur une consultation directe dans les villages.

La participation de la communauté s'articulera autour des points suivants :

- Partage des informations programmatiques : acteurs du projet, ressources allouées, objectifs et durée du projet, restitution des résultats d'enquêtes réalisées dans la zone, difficultés rencontrées, etc.
- Dans le même temps, les représentants de la communauté pourront proposer et garantir le suivi des engagements des groupes qu'ils représentent.

Etape 3 : Les activités communautaires

L'analyse des barrières d'accès aux soins identifiées pendant les enquêtes de couverture a montré que les obstacles, même spécifiques selon le contexte, peuvent se regrouper dans des grandes tendances. La liste n'est pas exhaustive mais certaines barrières apparaissent comme récurrentes et prédominantes. La mobilisation communautaire devrait apporter des réponses alternatives et innovantes mais surtout basées sur les ressorts des habitants eux-mêmes.

Notons que de manière transversale, les activités de mobilisation communautaire devraient porter une attention spécifique au rapport de genre. Dans cette région sahélienne, le pouvoir décisionnaire, financier et matériel est plus concentré dans les mains des hommes. Pourtant les séances de sensibilisation ciblent systématiquement les femmes qui apparaissent comme les seules responsables de l'état de santé des enfants. Celles-ci ont besoin du soutien des pères pour dépasser les barrières d'accès aux soins développées ci-dessous. Les orientations devraient plus se focaliser sur la sensibilisation et l'implication des hommes.

Barrière 1 : Méconnaissance de la malnutrition, du programme

Actions à envisager :

- Elaboration de messages d'information avec les représentants de la communauté ainsi que de stratégies de diffusion :
 - Messages clés : terme le plus approprié en langue locale pour désigner la malnutrition (attention aux mots péjoratifs) / gratuité / durée du traitement / conséquences de la malnutrition aigüe
 - Choix et mobilisation des canaux de communication les plus pertinents au regard de la nature du message ou de la population ciblée. Par exemple : micro-mosquée pour sensibiliser les hommes, diffusion par les tontines pour informer les femmes, assemblées villageoises en soirée et crieurs publics pour l'ensemble de la communauté, agents de santé communautaires pour informer les chefs

de villages, messagers-moto pour les campements nomades, affichage par tableaux dans les centres de santé sur la gratuité et les tarifs des services délivrés, etc.

- Intensifier les informations délivrées aux mères des enfants admis dans le programme. Le bouche à oreille est un canal de communication très efficace, les mères satisfaites sont les meilleures ambassadrices du programme.

Barrière 2 : Distance, mauvais accès aux moyens de transport

Actions à envisager :

- Mobiliser les ressources disponibles dans la communauté
 - Solliciter les chefs de village et les maires pour organiser le transport et l'accompagnement des enfants : mise à disposition le jour du programme des moyens de locomotion disponibles dans le village (charrette, motocycles, pirogues, etc.). Le chef de village peut aussi désigner 1 ou 2 hommes pour accompagner les femmes et les enfants le jour de prise en charge au centre de santé (pour limiter l'insécurité sur le trajet, soutenir l'effort des mères ou être témoin des problèmes de prise en charge comme les ruptures d'intrants)
- Adapter la prise en charge pour les zones éloignées et enclavées
 - Adapter la prise en charge selon le calendrier saisonnier : distribution de double ration pour les zones enclavées ou inaccessibles en saison des pluies
 - Mise en place d'équipes mobiles pour les zones très éloignées ou les populations nomades
 - Garantir le transfert efficace des enfants pour les enfants nomades ou les enfants des travailleurs saisonniers mobiles (région rizicole, par exemple).
 - Intégration des centres secondaires et éventuellement des cabinets privés

Barrière 3 : Faiblesse du dépistage

Actions à envisager :

- Le dépistage par les agents de santé communautaires est un axe prioritaire pour un grand nombre de stratégies de mobilisation communautaire mises en place. Les limites de la sollicitation des relais communautaires se font sentir : pas toujours motivés ni disponibles pour des tâches bénévoles, parfois peu légitimes aux yeux des professionnels des centres de santé ou de la population elle-même, pas systématiquement bien formés, outillés et supervisés. Il devient urgent de réviser le rôle et les attributions des ASC. Beaucoup ont acquis un statut et des connaissances dont il n'est pas question de les déposséder. Ils demeurent l'interface entre communauté et centre de santé. Pour autant le dépistage est un moment clé et stratégique de recours précoce aux soins qui ne peut être entièrement laissé aux hasards des motivations et des disponibilités des ASC. Ceux-ci ont, par ailleurs, beaucoup de sollicitations par divers programmes et

structures et choisiront ce qui leur apparaît le plus lucratif parmi les diverses propositions : le volontariat est difficilement tenable à long terme.

- Elargir le dépistage : ce geste ne doit plus être perçu comme relevant d'une attribution particulière. Beaucoup de personnes dans un village sont en capacité d'utiliser un MUAC et de lire les résultats colorés. Cela peut devenir un geste banalisé et accessible à tous et en premier lieu aux mères des enfants de moins de 5 ans. Il est souhaitable que cet outil facile et peu coûteux soit distribué massivement : mères des enfants guéris de la malnutrition (ce qui favorisera le suivi de l'enfant et limitera les risques de rechute) qui pourront dépister les autres enfants du village, guérisseurs traditionnels, sages-femmes, grands-mères chargées de garder les enfants pendant la journée... Ce dépistage de proximité pourra être confirmé par l'ASC qui se chargera de l'orientation de l'enfant.
- Une stratégie de dépistage élargi augmentera également les chances de couvrir les populations et les zones non couvertes : hameaux de culture ou hameaux tutélaires, cases périphériques, populations marginalisées.
- Adapter le calendrier des campagnes de dépistage à celui des activités agricoles et des contraintes climatiques saisonnières

Barrière 4 : Itinéraire thérapeutique des enfants, recours à la médecine traditionnelle

Actions à envisager :

- Chaque ethnie ou sous-groupe a élaboré une culture de la santé et des pratiques thérapeutiques. Pour la famille d'un enfant malade, le recours aux soins se détermine parmi un éventail d'offres thérapeutiques qui, de plus, ne s'excluent pas toujours les unes des autres et peuvent être tentées simultanément. Ce choix est déterminé par plusieurs facteurs : influence et position du membre de la famille décisionnaire, coût financier, croyances, proximité physique, perception de l'efficacité thérapeutique ou de la légitimité du thérapeute, représentation de la médecine moderne... Sur cette base on administrera à l'enfant des tisanes familiales (automédication), des traitements traditionnels plus ou moins invasifs et néfastes, des cachets achetés à des vendeurs ambulants ou des médicaments de rue ou encore des pratiques magico-religieuses. Face à cette « concurrence », les témoignages confirment que bien souvent le centre de santé est le dernier recours choisi quand les autres tentatives ont échoué. En plus d'un recours tardif aux soins quand l'état de santé de l'enfant est déjà bien dégradé, cet éventail thérapeutique peut aussi être la cause d'abandons de la PCIMA si celle-ci est jugée peu efficace, trop longue ou trop contraignante.
 - Identifier les différents recours thérapeutiques, ce qui détermine les choix et qui décide du meilleur soin pour l'enfant malade
 - Travailler à la coopération avec les guérisseurs traditionnels : certains guérisseurs sont structurés en association. Il est envisageable de coopérer avec eux tout en prenant conscience des contraintes qui pèsent sur ces collaborations : une méfiance intrinsèque entre les deux médecines vécues comme concurrentes l'une de l'autre. Il s'agit donc de trouver une négociation gagnant-gagnant avec les guérisseurs : par exemple du dépistage et de l'orientation des enfants contre le soutien à la création de jardins de plantes médicinales (à proximité du centre de santé ?) ou encore un appui technique a

la valorisation et à l'expertise scientifique des traitements traditionnels (publication d'un glossaire, soutien à la recherche sur les traitements traditionnels, etc.)

- Renforcer les messages de prévention liés à la consommation des médicaments de rue ou de vendeurs ambulants et des risques qu'elle comporte
- Recenser les offres de soins privées (cliniques par exemple) et évaluer les possibilités de coopération : formation sur la malnutrition contre dépistage et orientation des enfants par exemple, ou encore intégration de certaines structures privées à la prise en charge de la PCIMA
- Réorganiser la distribution des intrants pour les MAM : des ruptures de stock de Plumpy Sup sont régulièrement constatées dans les pays investigués. Il est indéniable qu'une mère qui a surmonté beaucoup de difficultés pour arriver au centre de santé et qui repart sans traitement pour son enfant malade sera découragée et fera une très mauvaise publicité au programme dans son ensemble (elle ne distinguera pas forcément MAM et MAS dans son appréciation de la prise en charge)
- Le rejet ou le mauvais accueil dans le centre de santé constituent également des motifs d'abandons ou de refus du traitement au centre de santé. Le recyclage des agents de santé sur la qualité de l'accueil et l'impact sur la couverture du programme serait nécessaire. L'intervention d'acteurs impliqués dans la PCIMA dans la formation de base des agents de santé contribuerait à améliorer la nature de la relation soignant-soigné.

Barrière 5 : Manque d'argent

Actions à envisager :

- Les programmes PCIMA mis en place dans la région du Sahel sont, pour la plupart, gratuits pour les familles. Pourtant beaucoup de témoignages dans les villages confirment : les parents estiment ne pas avoir les moyens financiers d'emmener l'enfant au centre de santé. Soit ils ignorent la gratuité de la prise en charge, soit que cette gratuité n'est pas effective, soit enfin ils considèrent les coûts secondaires (transport). Là encore il paraît indispensable de s'appuyer sur la mobilisation communautaire pour limiter cet obstacle.
 - L'information sur la gratuité du traitement pour les MAS doit être plus largement répandue par le biais de l'utilisation des canaux de communication que nous avons déjà cités. Pour garantir l'effectivité de cette gratuité mais également informer sur les risques de coûts financiers associés à la prise en charge (pathologies associées, cas de MAM dans certaines zones par exemple), il serait souhaitable d'afficher par tableau les tarifs des différents services dans les centres de santé.
 - Pour les coûts réels : des structures d'entraide communautaire existent souvent et méritent d'être explorées pour soutenir financièrement les familles de malades : tontines et mutuelle communautaire par exemple.

Barrière 6 : Occupation des mères, refus des maris

Actions à envisager :

- La disponibilité des mères est variable : il n'est pas toujours aisé de consacrer une journée entière par semaine pour accompagner un enfant malade. Il faut délaissier les travaux champêtres ou autres activités productives, les autres enfants de la famille ou encore les tâches ménagères et les soins au mari (rotation dans les familles polygames). Ce temps dédié à l'enfant représente donc un coût pour l'ensemble de la

famille. Les rapports de genre dans ces régions impliquent d'obtenir l'autorisation du mari pour suivre le traitement pendant plusieurs semaines.

- Explorer les possibilités de garde des enfants à l'intérieur de la communauté les jours du programme (solicitation des grands-mères par exemple)
 - Renforcer la sensibilisation des hommes aux bénéfices du traitement par le biais des chefs de village, des leaders religieux ou des chefs de famille
 - Soutenir l'accompagnement des mères et des enfants par des hommes du village sous l'influence des leaders
-

Conclusion

Le type de stratégie de mobilisation communautaire proposée ici induit, comme on l'a dit, une évolution des positionnements mais également de nouvelles formes de coopération et de partenariat : universités, associations, groupements de femmes, établissements religieux, etc. Il faut bien considérer que la santé communautaire permet de mobiliser les différents segments de la société et de répartir, de ce fait, les tâches et les responsabilités.

Les barrières présentées ici ainsi que les pistes de travail pour réduire leur impact ne sont pas exhaustives. Leur identification doit procéder d'une analyse qualitative du terrain ; et les solutions de la coopération active de la communauté. Le financement des investigations comme des postes dédiés à la mobilisation communautaire est un élément déterminant pour soutenir cette dynamique. Toutefois, les actions à envisager sont peu onéreuses et peuvent contribuer efficacement à la lutte contre la malnutrition, à la couverture des programmes et in fine à leur efficacité et à l'amélioration des rapports entre acteurs de santé et communauté. Les actions de santé communautaire répondent à la fois aux aspirations des populations impliquées et proactives, aux contraintes et mandats des Etats et des organisations humanitaires et, finalement aux objectifs des bailleurs de fond.

C.Magen@actionagainsthunger.org.uk