

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/283356540>

Renforcement de l'empowerment, la participation et l'appropriation communautaire.

CHAPTER · JUNE 2015

READS

99

3 AUTHORS:



[Anthony Lacouture](#)

Université de Montréal

4 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Kadidiatou Kadio](#)

Research Institute of Health Sciences

9 PUBLICATIONS 37 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Valéry Ridde](#)

Université de Montréal

253 PUBLICATIONS 1,334 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Renforcer les systèmes de santé en Afrique, cette préoccupation ne date pas d'aujourd'hui. En 1978, lors de la Conférence internationale d'Alma-Ata de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il était déjà question de structurer et consolider les soins de santé primaires, soins de santé « *essentiels (...) rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté, par leur pleine participation, et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer (...) dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination* » (WHO, 1978). D'emblée, dans un contexte de pénurie de ressources financières, la participation communautaire ainsi que l'*empowerment* (développement du pouvoir d'agir) étaient présentées comme des éléments clés pour renforcer les systèmes de santé en Afrique, qui se dégradaient rapidement. Par la suite, pour proposer des applications concrètes des principes décrits dans la Déclaration d'Alma-Ata, les ministres de la santé africains, sous l'égide de l'OMS et de l'Unicef, ont adopté en 1987 l'Initiative de Bamako. L'objectif de cette Initiative était de favoriser l'accessibilité universelle aux systèmes de santé en promouvant la participation communautaire dans la gestion locale des soins de santé primaires (Tizio et Flori, 1997), et ce dans un souci d'efficacité et d'équité (Ridde, 2004). Au fil des années, l'opérationnalisation de cet objectif a alimenté bon nombre de controverses, jusqu'à remettre en question sa pertinence (Ridde, 2011). Plusieurs questions se posent dès lors. De quelle participation communautaire est-il question ? Comment ce principe est-il mis en œuvre en Afrique, pour quelle(s) finalité(s) ? Peut-il être assimilé à l'*empowerment* ? Quelle distinction devrions-nous faire entre ces deux concepts ? Comment ces principes contribuent-ils au renforcement des systèmes de santé publique en Afrique et *vice-versa* ? Le présent chapitre, ancré tant sur les concepts que sur les pratiques, tente de répondre à ces questions.

Même si la participation communautaire et l'*empowerment* sont des principes fondamentaux de la Conférence d'Alma-Ata et de l'Initiative de Bamako, ces concepts restent néanmoins flous dans leur application. L'objectif de ce chapitre n'est pas de suggérer une définition de chacun de ces concepts mais plutôt d'exposer leurs composantes qui peuvent s'avérer essentielles pour renforcer les systèmes de soins de santé primaires en Afrique.

La participation communautaire, participation de la communauté, pour la communauté, dans la communauté ?

Dans le rapport sur les soins de santé primaires rédigé lors de la Conférence d'Alma-Ata, la participation communautaire est définie comme étant « *un processus dans lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. Ils en viennent ainsi à mieux appréhender leur propre situation et être animés de la volonté de résoudre leurs problèmes communs, ce qui les mettra en mesure d'être des agents de leur propre développement au lieu de se cantonner dans le rôle de bénéficiaires passifs de l'aide au développement* » (UNICEF et OMS, 1978 ; p56-57). Cette définition, bien qu'exhaustive, nous amène à clarifier le concept de communauté lui-même, au travers de la participation. En effet, en dépit d'un consensus de ce concept, il existe autant de définitions que de communautés, « *territoires idéalisés et romantisés, enclos pour parquer les dépendants et geysers de ressources* » (Saillant, 2004). De ce fait, suite à la Conférence d'Alma-Ata et à l'Initiative de Bamako, quelle communauté est visée et quelles sont ses composantes ? La plupart des écrits s'accorde sur des dimensions de la communauté en lien avec la participation : 1) *de la communauté*, la communauté étant constituée d'individus, de familles ou de groupes ayant des conditions de vie semblables et/ou qui interagissent, 2) *dans la communauté*, la communauté ayant également une dimension spatiale, un territoire ou un lieu aux frontières bien délimitées, qui donne aux problèmes de santé et à leurs solutions une signification locale et spécifique, et 3) *pour la communauté*, une communauté étant aussi un réseau dynamique d'individus qui partagent des valeurs, des intérêts,

des besoins et des préoccupations communs pouvant être atteints par un processus d'action collective (Rifkin, 1986 ; Houéto et Laverack, 2014).

La participation communautaire, quelle(s) participation(s) ?

Dans la Déclaration d'Alma-Ata, il est écrit que « *tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés* » (WHO, 1978). Ainsi, les soins de santé primaires « *exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer* » (WHO, 1978). Même le concept de communauté n'est pas clairement explicité, ces propos soulignent néanmoins les enjeux démocratiques, éthiques et pédagogiques de la participation des individus *de la collectivité*. Avec l'Initiative de Bamako qui traduit une volonté forte de décentraliser la gestion des soins de santé primaires, tant sur le plan décisionnel (du pouvoir de l'Etat vers les collectivités locales) que financier (afin que les ressources produites localement soient gérées par les communautés concernées, selon le principe de l'utilisateur-payeur), la participation communautaire est présentée comme un processus économique et social visant à induire un changement de comportement au sein de la communauté et aboutir à l'autosuffisance sanitaire (Flori et Tizio, 1997). Le processus de participation communautaire est ainsi multiforme, selon sa finalité et les besoins, les ressources et les capacités des individus à participer. Deux approches de participation communautaire, bien distinctes mais complémentaires, ont été proposées (Rifkin, 1996) : la participation orientée vers une cible (ou « *target-oriented frame* »), décrite comme un « *moyen de mobiliser des ressources communautaires pour assurer les services de santé* » (un moyen pour une fin); la participation est plutôt passive et répond souvent à une orientation institutionnelle ou politique (approche top-down ou descendante) ; et la participation basée sur l'*empowerment* (ou « *empowerment frame* »), perçue comme un « *moyen de donner aux individus le pouvoir sur leurs choix en matière de santé* » (un moyen en soi) ; la participation est active et basée sur des initiatives communautaires (approche bottom-up ou ascendante). Mladovsky (2014) a d'ailleurs élaboré un cadre conceptuel de la participation communautaire, en s'appuyant sur les travaux de Rifkin, pour expliquer les raisons de l'abandon des individus au régime d'assurance maladie à base communautaire proposé au Sénégal. La participation communautaire y est présentée comme pouvant être active ou passive. Le mode passif serait de participer au programme en tant que bénéficiaires. Par exemple, dans le régime d'assurance maladie à base communautaire, cela consiste à devenir membre du régime en payant la prime. Différents modes de participation active sont proposés par l'auteure selon la nature et le degré de participation des membres de la communauté, de la participation à la réalisation des activités d'un programme à la décision dans la planification.

L'empowerment, un nouveau terme pour parler de participation communautaire ?

Dès les années 1960-1970, ce concept s'est construit, dans un contexte de lutte, pour « *donner la priorité au point de vue des opprimés [pauvres, femmes, minorités sexuelles et raciales], afin que ces derniers puissent s'exprimer mais aussi acquérir le pouvoir* » pour être en capacité d' « *agir pour assurer leur bien-être ou leur droit de participer aux décisions les concernant* » (Calvès, 2009). L'*empowerment* est alors intimement lié à la participation individuelle ou collective, mais ce concept n'est pas réductible à cette participation. En effet, bien que l'*empowerment* soit centré autour de la notion du pouvoir d'agir, ce concept désigne aussi bien le processus mis en œuvre, au travers de la participation, pour être en capacité de (le préfixe « em » exprime ce processus de développement du pouvoir d'agir) que le résultat visé de la participation à un projet d'intervention ou de recherche (la présence du suffixe « ment »

suggère le produit de ce processus) (Le Bossé et al, 2002). L'*empowerment* ne désigne donc pas un pouvoir de domination qui s'exerce sur quelqu'un (« power over ») mais il se définit plutôt comme un pouvoir créateur qui rend apte à accomplir des choses (« power to »), un pouvoir collectif et politique mobilisé notamment au sein des organisations de base (« power with ») et un pouvoir intérieur (« power from within ») qui renvoie à la confiance en soi (Calvès, 2009). Ainsi, face à cette multitude de relations liant le pouvoir et l'*empowerment*, quels aspects fondamentaux de l'*empowerment* retenir ?

Damant et ses collègues (2001), au travers d'une recension des écrits, ont révélé quatre composantes : 1) l'appropriation d'un pouvoir constitue l'élément central de l'*empowerment* (au sens d'un gain de pouvoir sur sa vie impliquant de façon implicite ou explicite qu'une certaine forme de déficit de pouvoir, réel ou perçu comme tel, est reconnue et considérée comme suffisamment légitime pour justifier la quête d'un gain) ; 2) la mise en œuvre du processus d'*empowerment* est autodéterminée (l'*empowerment* correspondrait à une activité autoréflexive, s'articulant autour de la notion de prise de conscience dans un contexte d'interactions) ; 3) l'*empowerment* est un concept intrinsèquement associé à l'action (les actions qui sont entreprises par les individus concourent au processus d'*empowerment*, leurs bénéfiques correspondant au résultat concret de celui-ci) ; et 4) l'*empowerment* comporte plusieurs dimensions de la vie (personnelle, interpersonnelle, collective et sociale), et ce, tant sur le plan subjectif que sur celui des conditions objectives, qui vont déterminer la façon de définir les problèmes et leur origine (individuelle ou collective), les changements souhaités et les solutions à privilégier. Cette typologie fait écho aux travaux de Ninacs (2002, 2008) qui précisent les composantes du concept d'*empowerment* à différents niveaux, individuel, organisationnel et communautaire. La participation est d'ailleurs l'une des dimensions communes à ces trois niveaux. En 2003, Le Bossé a articulé l'approche centrée sur l'*empowerment* des individus et des collectivités autour de cinq composantes essentielles : 1) la prise en compte simultanée des conditions structurelles et individuelles du changement social. Toute démarche du développement du pouvoir d'agir des individus et des collectivités repose prioritairement sur la possibilité d'influencer la disponibilité et l'accessibilité des ressources du milieu et sur la volonté et la capacité des individus à prendre leur destinée en main, et ce, indépendamment de la perspective (structurelle ou individuelle) et de l'unité d'analyse retenue (l'individu ou la communauté ; 2) l'adoption de l'unité d'analyse « acteur en contexte » comme l'*empowerment* est un processus interactif qui repose sur l'implication active des individus et sur l'aménagement des conditions de réalisation de l'action visée ; 3) la prise en compte des contextes d'application tant dans la définition des objectifs d'intervention que dans les méthodes et approches choisies ; 4) la définition du changement visé et de ses modalités avec les individus concernés, notamment dans la définition des problèmes et des solutions envisageables dès la conception d'un programme qui les touche ; et 5) le développement d'une démarche d'action conscientisante, l'*empowerment* ne consistant pas simplement à être actif, mais supposant une compréhension de l'interdépendance des sources structurelles et individuelles du changement. Au travers du développement du pouvoir d'agir, il ne s'agit donc pas d'enseigner, de promouvoir ou de stimuler le pouvoir d'agir des individus et des collectivités mais bien de contribuer à l'émergence des conditions nécessaires à sa manifestation (Le Bossé, 2003).

C'est en partie de la bonne compréhension de ces concepts que dépendront la pertinence et la cohérence de actions menées, de terrain ou de recherche, selon les objectifs visés et les finalités attendues en termes d'*empowerment* et/ou de participation communautaire.

Quelle(s) application(s) pour renforcer l'*empowerment* et/ou la participation communautaire en Afrique ?

Plusieurs interventions, promouvant la participation communautaire et/ou l'*empowerment*, ont été mises en œuvre afin de renforcer, directement ou indirectement, les capacités de gestion locale des soins de santé primaires en Afrique, et principalement en Afrique subsaharienne (Zimbabwe, Tanzanie,

Afrique du Sud, Gambie, Sénégal, Burkina Faso, Swaziland, Kenya, Bénin, Uganda). Concrètement, de quelle(s) façon(s) sont mises en œuvre ces actions et pourquoi ? A qui sont-elles adressées et par qui sont-elles coordonnées ? Dans la pratique, *l'empowerment* implique-t-il nécessairement la participation communautaire et inversement ?

La majorité des interventions recensées dans les écrits couvrent l'ensemble des activités réalisées au sein d'un système de santé publique (au-delà du système de soins *stricto sensu*), à savoir les activités de traitement des soins (traitement médicamenteux notamment), de diagnostic thérapeutique (Decroo et al, 2013), de prévention des maladies - principalement le paludisme et le VIH/SIDA (Lippman et al, 2013 ; Varga et Brookes, 2008) : - et de promotion de la santé, bien que limitée à l'éducation pour la santé (Gregson et al, 2004). Ces interventions sont mises en œuvre à tous les niveaux du système ; individuel, familial (Naidu et al, 2012), organisationnel (Samb et Ridde, 2012), communautaire (Hildebrandt, 1996 ; Kironde et Kahirimbanyi, 2002), économique (Lorenzo et al, 2007) et législatif (Meier et al, 2012). Les publics ciblés par les interventions communautaires visant *l'empowerment* sont principalement des populations précaires, vulnérables (El Ansari, 2005) tels que les femmes (Manderson et Mark, 1997), les indigents ou les orphelins (Wallis et al, 2010). Cependant, ce type d'interventions peut également agir sur des publics intermédiaires, tels que les membres d'une famille d'un enfant atteint d'une maladie comme le paludisme par exemple, afin qu'ils puissent le prendre en charge et gérer sa maladie (Franckel et Lalou, 2009). Comme le soulignent Campbell et Cornish (2010), trop souvent les communautés ciblées sont considérées comme des bénéficiaires passifs de services de prévention, de soins et de traitement (les « objets » des interventions) plutôt que des participants actifs qui travaillent en partenariat avec les professionnels de santé à améliorer leur santé (les « sujets » des interventions). Les principaux acteurs, qui peuvent agir directement ou indirectement pour renforcer *l'empowerment* et la participation communautaire, sont principalement issus du personnel soignant tel que les infirmières en santé communautaire (Dawson et Joof, 2005) ou sont des agents de santé communautaire (Druetz et al, 2013), agents recrutés au sein des communautés, à l'interface entre les systèmes de santé et les communautés (via les associations ou ONG locaux). Ils ont un rôle crucial d'aide aux membres et ménages de la communauté pour surmonter les difficultés liées aux soins (Nxumalo et al, 2013). Leur rôle et leurs missions paraissent d'avantage centrés sur la participation des membres de la communauté aux soins (dans le cadre de gestion locale de maladie par exemple tel que le paludisme et le VIH/Sida) que sur le renforcement du pouvoir d'agir des membres de la communauté pour assurer leur bien-être, selon leurs propres choix. En amont, les dirigeants locaux jouent un rôle clé dans la façon dont les politiques et décisions nationales sont interprétées (au regard des politiques internationales) et mises en œuvre dans les collectivités locales (Campbell, 2010). La logique d'action des interventions menées, par des processus de participation communautaire et/ou *d'empowerment*, va différer selon la nature et l'objet des programmes d'intervention ou de recherche, les programmes de recherche étant conçus principalement pour étudier l'implantation, les processus et les effets des interventions menées. La plupart des projets de recherche recensés sont de type participatif basés sur la communauté (Kamanda et al, 2013, Linda et al, 2013, El Ansari et Phillips, 2001), mais ils ne visent pas tous *l'empowerment* de la communauté, au sens d'une acquisition ou d'un renforcement du pouvoir d'agir. Les mécanismes d'action des programmes, de recherche ou d'intervention, dits participatifs à base communautaire sont variés, de la sensibilisation, à l'implication et l'adhésion des communautés (Orr et al, 1997, Auvinen et al, 2013; Varga et Brookes, 2008). Les finalités d'action sont également différentes : en recherche, produire des connaissances ou élaborer des recommandations pour favoriser le changement (via la réalisation d'évaluations de programmes notamment) et au niveau de l'intervention, renforcer les communautés afin qu'elles soient adhérentes et compétentes vis-à-vis d'un traitement thérapeutique (Campbell et al, 2012) ou créer en amont des contextes sociaux (matériels, symboliques et relationnels) qui permettent une mobilisation optimale de la communauté (Campbell et Cornish, 2010) dans une perspective de

développement du pouvoir d'agir autour des questions de santé les concernant, à l'instar du processus d'*empowerment* tel que décrit dans la Charte d'Ottawa en promotion de la santé qui veille à « *conférer les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci* » (OMS, 1986). Une question se pose dès lors. Les soins de santé primaires visent-ils à promouvoir la santé de tous ou prévenir et prendre en charge la maladie de chacun ?

Du renforcement des soins de santé primaires à la structuration de la promotion en santé en Afrique.

En 1978 déjà, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires soulignait la « *nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde* » (WHO, 1978). En plus des activités curatives et prévention de la maladie, la promotion de la santé apparaît comme étant l'une des activités essentielles des systèmes de soins de santé primaires, et doit être prise en compte à tous les niveaux d'intervention (district, régional, national) à travers un continuum maladie/santé. Même si sur la scène internationale, d'autres stratégies d'action ont été proposées, en lien avec la participation communautaire et l'*empowerment*, - en 2000, les Etats membres de l'Organisation des Nations Unies (ONU) adopte huit Objectifs du millénaire pour le développement, dont l'un d'entre promeut l'*empowerment* des femmes. En 2009, un appel à l'action est lancé à l'issue de la septième conférence sur la promotion de la santé à Nairobi au Kenya afin de renforcer les processus participatifs et l'*empowerment* des communautés et des individus (WHO, 2009) -, les activités mises en œuvre restent bien plus médico-centrées (avec pour finalité, la réduction des maladies) que systémiques avec pour enjeu l'amélioration de la santé comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1986). Dans ce contexte où le modèle dominant est biomédical, la promotion de la santé peine à y faire sa place et se limite majoritairement à l'éducation pour la santé (Dixey, 2013). Peu d'interventions qui s'inscrivent dans une perspective de promotion de la santé, « *processus qui veille à conférer les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur la propre santé [des individus et des communautés] et d'améliorer celle-ci* » (OMS, 1986), sont mises en œuvre actuellement en Afrique via une démarche participative et collaborative. En Afrique du Sud, un projet, s'appuyant sur les principales dimensions de la capacité de promotion de la santé (partenariat, mise en réseau, résolution de problèmes, transfert de connaissances), a été mis en place dans deux provinces en partenariat avec le ministère de la Santé d'Afrique du Sud, le gouvernement de la Flandre (Belgique) et l'OMS. A l'issue du projet, la promotion de la santé a été intégrée dans les politiques provinciales de santé et le processus de son déploiement en interventions a débuté avec les acteurs locaux (Broucke et al, 2010). Mais ce type d'expériences se fait rare sur le continent africain. Récemment, lors de la huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui a eu lieu à Helsinki en 2013, l'OMS a appelé pour le renouvellement des soins de santé primaires en faveur de la promotion de la santé. La réduction du fardeau de la maladie par la promotion de la santé contribuera à alléger la pression sur la prestation des soins de santé (WHO, 2013).

Quels défis des interventions pour renforcer la participation communautaire et/ou l'empowerment ?

À partir des expériences recensées en Afrique subsaharienne principalement et des récents discours ayant eu lieu sur la scène internationale, de nombreux défis des interventions semblent se profiler.

- **Défi 1 : Connaître le contexte social, politique, culturel d'application et le rapport de forces et de pouvoirs entre les membres de la communauté.** Cette étape paraît indispensable afin d'identifier les limites de la mise en œuvre d'une recherche-action participative dans un contexte de pauvreté par exemple (Rosenthal et Khalil, 2010) ou les barrières socio-culturelles, financières etc., en termes de participation des populations vulnérables (Kleintjes et al, 2013), pauvres, stigmatisées (Nyblade et al, 2011) et dépourvues de soutien de la communauté (Koo et al, 2013).

Pour ce faire, l'échange (Stanford et al, 2013) avec les membres de la communauté et les leaders locaux est indispensable, et ce dans le respect des traditions, afin d'éviter toute position de domination. Vreeman et ses collaborateurs (2012), pour mener à bien leur étude qualitative qui visait à étudier les perspectives communautaires sur le consentement éclairé et la participation à la recherche dans l'ouest du Kenya, se sont basés sur leurs discussions avec les assemblées traditionnelles des communautés. Il est important de prendre en compte également les connaissances expérientielles et contextuelles (El Ansari et al, 2002) ainsi que le contexte symbolique, en plus des dimensions matérielles et relationnelles (Campbell et Cornish, 2010).

- **Défi 2 : Recentrer le rôle et les missions des agents de santé communautaires comme promoteurs de santé et renforcer leur capacité d'action, avec et pour la communauté, au-delà du système médical** (Druetz et al, 2013). Ce recentrage permettrait d'une part de repérer, valoriser et consolider les compétences et les habiletés professionnelles déployées par ces professionnels (confiance, sentiment d'appartenance, inclusion à la communauté) comme agents de changement social facilitant l'accès à des ressources nouvelles ou existantes, la transmission de connaissances, la construction sociale des identités (Naidu et al, 2012), le développement du pouvoir d'agir sur des problématiques de santé ; et d'autre part de les positionner comme acteurs clés de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé, au-delà de l'éducation pour la santé et des stratégies de communication *stricto sensu* (Dixey, 2013 ; Nyamwaya, 2003), et du paradigme biomédical centré sur la maladie plutôt que la santé. Le renforcement des forces vives passerait également par une formation adaptée des agents de santé communautaire (Dawson et Joof, 2005).
- **Défi 3 : Expliciter les enjeux de l'action menée (de recherche ou d'intervention) et les finalités de la démarche de participation communautaire (dans une perspective d'empowerment ou non ?)**, notamment sur le plan éthique dans le cadre de projets de recherche (Hunt et al, 2014). Il est donc primordial de définir en amont le changement social attendu au sein de la communauté. De nombreux auteurs reviennent d'ailleurs sur le concept de « capital social » (Chola et Alaba, 2013; Fonner et al, 2014 ; Gregson et al, 2004 ; Pronyk et al, 2008 ; Muriisa et Jamil, 2011).
- **Défi 4 : Revenir aux principes fondamentaux initiaux de la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires : efficacité ET équité tout au long de la démarche**, notamment au plan de l'évaluation dans le choix des critères et des indicateurs (Ratna et Rifkin, 2007). Des outils méthodologiques permettent de prendre en compte ces critères lors de l'évaluation d'un programme par exemple. Par exemple, l'outil CHOICE de Rifkin (2003) est un cadre qui identifie six domaines essentiels à l'examen de l'influence de l'*empowerment* et de l'équité sur les résultats de santé, à savoir le renforcement des capacités, le respect des droits de l'homme, la durabilité organisationnelle, la responsabilité institutionnelle, la contribution et un environnement propice). En 2007, Ridde et ses collègues proposent une démarche évaluative de l'*empowerment* (comme processus et résultat).
- **Défi 5 : Veiller à la pérennité de la démarche d'empowerment autant que faire se peut** pour favoriser l'appropriation communautaire. Le développement durable passe avant tout par le soutien institutionnel, politique et législatif (Meier et al, 2012) en termes de ressources humaines, structurelles et financières. Il en va de même concernant les projets de recherche. Cela peut se faire aussi au travers des médias (Gibbs, 2010 ; Mbuagbaw et al, 2013). Deux conditions susceptibles de s'inscrire dans une dynamique de développement durable peuvent être envisagées : l'intérêt de mettre en œuvre des conditions permettant à l'individu ou à la collectivité d'agir pendant l'intervention (telle que la participation), et la prise en compte des connaissances expérientielles de l'individu ou de la collectivité s'appuyant sur l'intervention pour

organiser celle-ci (Vallerie, 2008).

Les récents discours sur la scène internationale semblent être en faveur d'un retour aux principes fondamentaux d'équité et d'efficacité, de participation communautaire et d'*empowerment*, tel que prônés dans la Déclaration d'Alma-Ata. Comprendre ces principes pour une application optimale et cohérente au sein des systèmes de soins de santé primaires s'avère nécessaire pour réattribuer les activités menées à son sens premier, celles de protéger, de prévenir et de promouvoir la santé « *de tous les peuples du monde* ». Cependant, un renouvellement des systèmes de soins de santé primaires, plus particulièrement en Afrique, passe avant tout par une reconnaissance des spécificités africaines socio-économiques et culturelles, des problématiques soulevées aux solutions déjà envisagées localement. Rappelons que la Charte d'Ottawa, texte fondateur en promotion de la santé, a principalement été conçu par et pour les pays industrialisés « euro-centrés » (Dixey, 2013). Les principes de participation communautaire et d'*empowerment* seront d'autant plus structurants pour poursuivre cette réflexion sur le renouvellement des systèmes de soins de santé primaires en Afrique, dans un souci d'équité, d'efficacité et de développement durable.

Références

- Auvinen, J., Kylma, J., & Suominen, T. (2013). Male Involvement and Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Sub-Saharan Africa: An Integrative Review. *Current HIV Research*, 11(2), 169–177.
- Bhengu, B. R. (2010). An investigation into the level of empowerment of rural women in the Zululand district of KwaZulu-Natal province of South Africa. *Curationis*, 33(2), 4–12.
- Braunack-Mayer, A., & Louise, J. (2008). The ethics of Community Empowerment: tensions in health promotion theory and practice. *Promotion & Education*, 15(3), 5–8.
- Broucke, S. V. den, Jooste, H., Tlali, M., Moodley, V., Zyl, G. V., Nyamwaya, D., & Tang, K.-C. (2010). Strengthening the capacity for health promotion in South Africa through international collaboration. *Global Health Promotion*, 17(2 suppl), 6–16.
- Calvès, A.-E. (2009). « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. *Revue Tiers Monde*, n° 200(4), 735–749.
- Campbell, C. (2010). Political will, traditional leaders and the fight against HIV/AIDS: a South African case study. *AIDS Care*, 22(sup2), 1637–1643.
- Campbell, C., & Cornish, F. (2010). Towards a “fourth generation” of approaches to HIV/AIDS management: creating contexts for effective community mobilisation. *AIDS Care*, 22(sup2), 1569–1579.
- Campbell, C., Skovdal, M., Mupambireyi, Z., Madanhire, C., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2012). Building adherence-competent communities: Factors promoting children's adherence to anti-retroviral HIV/AIDS treatment in rural Zimbabwe. *Health & Place*, 18(2), 123–131.
- Chola, L., & Alaba, O. (2013). Association of Neighbourhood and Individual Social Capital, Neighbourhood Economic Deprivation and Self-Rated Health in South Africa – a Multi-Level Analysis. *PLoS ONE*, 8(7), e71085.
- Damant, D., Paquet, J., & Bélanger, J. (2001). Recension critique des écrits sur l'empowerment ou quand l'expérience de femmes victimes de violence conjugale fertilise des constructions conceptuelles. *Recherches Féministes*, 14(2), 133.
- D'Aquino, P. (2007). Empowerment et participation : comment mieux cadrer les effets possibles des démarches participatives ? Retrieved from <http://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00157747>
- Dawson, A. J., & Joof, B. M. (2005). Seeing, thinking and acting against Malaria: a new approach to health worker training for community empowerment in rural Gambia. *Rural and Remote Health*, 5(4),

353.

- Decroo, T., Rasschaert, F., Telfer, B., Remartinez, D., Laga, M., & Ford, N. (2013). Community-based antiretroviral therapy programs can overcome barriers to retention of patients and decongest health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *International Health*, 5(3), 169–179.
- Dixey, R. (2013). After Nairobi: can the international community help to develop health promotion in Africa? *Health Promotion International*, dat052.
- Druetz, T., Ridde, V., & Haddad, S. (2014). The divergence between community case management of malaria and renewed calls for primary healthcare. *Critical Public Health*, 0(0), 1–13.
- Druetz, T., Siekmans, K., Goossens, S., Ridde, V., & Haddad, S. (2013). The community case management of pneumonia in Africa: a review of the evidence. *Health Policy and Planning*, cz104.
- El Ansari, W. (2005). Collaborative research partnerships with disadvantaged communities: challenges and potential solutions. *Public Health*, 119(9), 758–770.
- El Ansari, W., Oskrochi, R., & Phillips, C. J. (2010). One Size Fits All Partnerships? What Explains Community Partnership Leadership Skills? *Health Promotion Practice*, 11(4), 501–514.
- El Ansari, W., & Phillips, C. J. (2001). Partnerships, community participation and intersectoral collaboration in South Africa. *Journal of Interprofessional Care*, 15(2), 119–132.
- El Ansari, W., Phillips, C., & Zwi, A. (2002). Narrowing the gap between academic professional wisdom and community lay knowledge: Perceptions from partnerships. *Public Health*, 116(3), 151–159.
- Flori, Y.-A., & Tizio, S. (1997). L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun ? *Tiers-Monde*, 38(152), 837–858.
- Fonner, V. A., Kerrigan, D., Mnisi, Z., Ketende, S., Kennedy, C. E., & Baral, S. (2014). Social Cohesion, Social Participation, and HIV Related Risk among Female Sex Workers in Swaziland. *PloS One*, 9(1), e87527.
- Franckel, A., & Lalou, R. (2009). Health-seeking behaviour for childhood malaria: Household dynamics in rural Senegal. *Journal of Biosocial Science*, 41(01), 1–19.
- Gibbs, A. (2010). Understandings of gender and HIV in the South African media. *AIDS Care*, 22(sup2), 1620–1628.
- Gregson, S., Terceira, N., Mushati, P., Nyamukapa, C., & Campbell, C. (2004). Community group participation:: Can it help young women to avoid HIV? An exploratory study of social capital and school education in rural Zimbabwe. *Social Science & Medicine*, 58(11), 2119–2132.
- Hildebrandt, E. (1996). Building community participation in health care: a model and example from South Africa. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 28(2), 155–159.
- Houéto, D., & Laverack, G. (2014). *Promotion De La Sante Et Autonomisation Dans Le Contexte Africain*. Rossendale Books.
- Hunt, M. R., Gogognon, P., & Ridde, V. (2014). Ethical considerations related to participation and partnership: an investigation of stakeholders' perceptions of an action-research project on user fee removal for the poorest in Burkina Faso. *BMC Medical Ethics*, 15(1), 13.
- Kamanda, A., Embleton, L., Ayuku, D., Atwoli, L., Gisore, P., Ayaya, S., ... Braitstein, P. (2013). Harnessing the power of the grassroots to conduct public health research in sub-Saharan Africa: a case study from western Kenya in the adaptation of community-based participatory research (CBPR) approaches. *BMC Public Health*, 13, 91.
- Kironde, S., & Kahirimbanyi, M. (2002). Community participation in primary health care (PHC) programmes: Lessons from tuberculosis treatment delivery in South Africa. *African Health Sciences*, 2(1), 16–23.
- Kleintjes, S., Lund, C., & Swartz, L. (2013). Barriers to the participation of people with psychosocial disability in mental health policy development in South Africa: a qualitative study of perspectives of policy makers, professionals, religious leaders and academics. *BMC International Health and*

Human Rights, 13, 17.

- Koo, K., Makin, J. D., & Forsyth, B. W. C. (2013). Barriers to male-partner participation in programs to prevent mother-to-child HIV transmission in South Africa. *AIDS Education and Prevention: Official Publication of the International Society for AIDS Education*, 25(1), 14–24.
- Le Bossé, Y., Gaudreau, L., Arteau, M., Deschamps, K. et Vandette, L. (2002). L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : aperçu de ses fondements et de son application. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counseling*, 36(3), 180-193.
- Le Bossé, Y. (2003). De « l'habilitation » au « pouvoir d'agir » vers une définition plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16(2), 30-51.
- Linda, N. S. B., Mtshali, N. G., & Engelbrecht, C. (2013). Lived experiences of a community regarding its involvement in a university community-based education programme. *Curationis*, 36(1), E1–E13.
- Lippman, S. A., Maman, S., MacPhail, C., Twine, R., Peacock, D., Kahn, K., & Pettifor, A. (2013). Conceptualizing community mobilization for HIV prevention: implications for HIV prevention programming in the African context. *PloS One*, 8(10), e78208.
- Lorenzo, T., van Niekerk, L., & Mdlokolo, P. (2007). Economic empowerment and black disabled entrepreneurs: Negotiating partnerships in Cape Town, South Africa. *Disability & Rehabilitation*, 29(5), 429–436.
- Manderson, L., & Mark, T. (1997). Empowering women: Participatory approaches in women's health and development projects. *Health Care for Women International*, 18(1), 17–30.
- Mbuagbaw, L., Ongolo-Zogo, P., & Thabane, L. (2013). Investigating community ownership of a text message programme to improve adherence to antiretroviral therapy and provider-client communication: a mixed methods research protocol. *BMJ Open*, 3(6), e002816.
- Meier, B. M., Pardue, C., & London, L. (2012). Implementing community participation through legislative reform: a study of the policy framework for community participation in the Western Cape province of South Africa. *BMC International Health and Human Rights*, 12, 15.
- Mladovsky, P. (2014). Why do people drop out of community-based health insurance? Findings from an exploratory household survey in Senegal. *Social Science & Medicine*.
- Muriisa, R. K., & Jamil, I. (2011). Addressing HIV/AIDS challenges in Uganda: does social capital generation by NGOs matter? *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 8(1), 2–12.
- Naidu, T., Slied, Y., & Dageid, W. (2012). The social construction of identity in HIV/AIDS home-based care volunteers in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 9(2), 113–126.
- Ninacs, W. A. (2002). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec*. Université Laval, Québec.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Nxumalo, N., Goudge, J., & Thomas, L. (2013). Outreach services to improve access to health care in South Africa: lessons from three community health worker programmes. *Global Health Action*, 6.
- Nyamwaya, D. (2003). Health promotion in Africa: strategies, players, challenges and prospects. *Health Promotion International*, 18(2), 85–87.
- Nyblade, L., Singh, S., Ashburn, K., Brady, L., & Olenja, J. (2011). "Once I begin to participate, people will run away from me": Understanding stigma as a barrier to HIV vaccine research participation in Kenya. *Vaccine*, 29(48), 8924–8928.
- OMS (1986). La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
- OMS. (2012). Promotion de la santé : Stratégie pour la région africaine. Soixante-deuxième session Luanda, République d'Angola: Comité régional de l'Afrique.
- Orr, K., Lee, S., & Edstrom, J. (1997). Community participation: a "must" for enabling HIV / AIDS

- prevention in Africa to “move beyond awareness raising.” *AIDS Analysis Africa*, 7(6), 13–15.
- Petersen, I., Baillie, K., & Bhana, A. (2012). Understanding the benefits and challenges of community engagement in the development of community mental health services for common mental disorders: Lessons from a case study in a rural South African subdistrict site. *Transcultural Psychiatry*, 49(3-4), 418–437.
- Pronyk, P. M., Harpham, T., Busza, J., Phetla, G., Morison, L. A., Hargreaves, J. R., ... Porter, J. D. (2008). Can social capital be intentionally generated? A randomized trial from rural South Africa. *Social Science & Medicine*, 67(10), 1559–1570.
- Ratna, J., & Rifkin, S. (2007). Equity, empowerment and choice: from theory to practice in public health. *Journal of Health Psychology*, 12(3), 517–530.
- Ridde, V. (2004). *L'initiative de Bamako 15 ans après. Un agenda inachevé* (HNP Discussion Paper) (p. 54).
- Ridde, V. (2011). Is the Bamako Initiative still relevant for West African health systems? *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 41(1), 175–184.
- Ridde, V., Delormier, T., & Goudreau, G. (2007). Evaluation of Empowerment and Effectiveness: Universal Concepts? In: *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* edited by McQueen, D.V., Jones, C.M, 385–400.
- Ridde, V., Haddad, S., Yacoubou, M., & Yacoubou, I. (2010). Exploratory study of the impacts of Mutual Health Organizations on social dynamics in Benin. *Social Science & Medicine* (1982), 71(3), 467–474.
- Rifkin, S. B. (1986). Lessons from community participation in health programmes. *Health Policy and Planning*, 1(3), 240–249.
- Rifkin, S. B. (1996). Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Tropica*, 61(2), 79–92.
- Rosenthal, W. A., & Khalil, D. D. (2010). Exploring the challenges of implementing Participatory Action Research in the context of HIV and poverty. *Curationis*, 33(2), 69–78.
- Saillant, F. (2004). Constructivisme, identités flexibles et communautés vulnérables. In: Saillant, F., Clément, M. & Gaucher, C. IDENTITÉS, VULNÉRABILITÉS, COMMUNAUTÉS, pp. 19-42. Montréal: Les Éditions Nota Bene, 2004, 333 pp.
- Samb, O. M., Belaid, L., & Ridde, V. (2013). Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*, (35), 34–43.
- Samb, O. M., & Ridde, V. (2012). Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso. *Can J Public Health*, 103(7), eS20–eS25.
- Stanford, J., Sandberg, D. M., Gwyther, L., & Harding, R. (2013). Conversations Worth Having: The Perceived Relevance of Advance Care Planning among Teachers, Hospice Staff, and Pastors in Knysna, South Africa. *Journal of Palliative Medicine*, 16(7), 762–767.
- Stewart, R., & Bhagwanjee, A. (1999). Promoting group empowerment and self-reliance through participatory research: a case study of people with physical disability. *Disability and Rehabilitation*, 21(7), 338–345.
- Tizio S, Flori Y-A. (1997). L'initiative de Bamako: santé pour tous ou maladie pour chacun? *Revue Tiers Monde*. 38(152), 837-58.
- UNICEF, & OMS (1978). Les soins de santé primaires, UNICEF-OMS Genève.
- Vallerie, B. (2008). Développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (empowerment) et pratiques sociales. Une approche susceptible de contribuer à une dynamique de développement durable. *Actes du 14^e Colloque National de la Recherche en IUT*. CD-ROM. Lyon, France : CNRIUT / Université de Lyon
- Varga, C., & Brookes, H. (2008). Factors Influencing Teen Mothers' Enrollment and Participation in

Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Services in Limpopo Province, South Africa. *Qualitative Health Research*, 18(6), 786–802.

Vreeman, R., Kamaara, E., Kamanda, A., Ayuku, D., Nyandiko, W., Atwoli, L., ... Braitstein, P. (2012). A qualitative study using traditional community assemblies to investigate community perspectives on informed consent and research participation in western Kenya. *BMC Medical Ethics*, 13, 23.

Wallis, A., Dukay, V., & Mellins, C. (2010). Power and empowerment: Fostering effective collaboration in meeting the needs of orphans and vulnerable children. *Global Public Health*, 5(5), 509–522.

WHO (1978). Declaration of Alma-Ata, International conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, September 6-12, WHO, Geneva.

WHO (2009). Nairobi Call to Action. WHO, Geneva.

WHO (2013). Health in all policies - The 8th Global Conference on Health Promotion - Concept note - Draft for discussion purpose.