

**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Soixante-treizième session

Gaborone, République du Botswana, 28 août-1<sup>er</sup> septembre 2023

Point 13 de l'ordre du jour

**RENFORCEMENT DE LA PROTECTION ET DE LA RÉSILIENCE DES  
COMMUNAUTÉS : STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA PARTICIPATION  
COMMUNAUTAIRE (2023-2030) DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS**

**Rapport du Secrétariat**

**RÉSUMÉ D'ORIENTATION**

1. La Région africaine continue de faire face à une charge disproportionnée de maladies. L'incidence des maladies non transmissibles, les situations d'urgence sanitaire récurrentes, les catastrophes naturelles et les crises humanitaires exercent une pression sur des systèmes de santé déjà fragiles. Les inégalités en matière de santé touchent les groupes vulnérables à cause de divers déterminants. La gestion de ces problèmes requiert l'intervention de l'ensemble de la société et de secteurs au-delà de la santé.
2. Les systèmes de santé sont des systèmes sociaux très complexes façonnés par de multiples facteurs comprenant la formation professionnelle, les valeurs institutionnelles, les compétences et les priorités des dirigeants, tout comme le contexte socioculturel et économique au sens large. Par conséquent, les communautés devraient être considérées comme des composantes à part entière des systèmes de santé dans le cadre des efforts qui sont faits pour élaborer des politiques de santé plus adaptées aux besoins, plus équitables et plus efficaces, et, partant, pour accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire.
3. La Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires, le cadre d'action pour la couverture sanitaire universelle et la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 (présentée dans le Document AFR/RC72/8) montrent que la participation systématique des communautés est une composante essentielle pour une mise en œuvre réussie.
4. La stratégie proposée aidera les États Membres à faire participer les communautés à l'amélioration de la santé et de la résilience des populations en favorisant les relations de confiance entre les parties prenantes afin de promouvoir la santé, de réduire dans toute la mesure du possible les risques et d'atténuer les répercussions des événements de santé publique. La stratégie fournit des orientations sur l'exploitation des structures communautaires existantes et sur l'institutionnalisation de la participation communautaire à l'interface entre la santé, le développement et l'action humanitaire. Elle donne la priorité à l'amélioration de la recherche, du suivi et de l'évaluation des approches de participation communautaire, ainsi qu'à l'intégration des enseignements tirés afin de renforcer les systèmes de santé et d'atténuer les effets des situations d'urgence futures.
5. Le Comité régional a examiné et adopté la stratégie proposée.

## SOMMAIRE

	<b>Paragraphes</b>
INTRODUCTION .....	1-5
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION .....	6-15
LA STRATÉGIE RÉGIONALE.....	16-44
CONCLUSION.....	45-47

## INTRODUCTION

1. Les problèmes qui influent sur la santé et le bien-être dans la Région africaine nécessitent une intervention de l'ensemble de la société et de l'ensemble des pouvoirs publics. Moins de 50 % de la population de la Région a accès aux services de santé essentiels de qualité.<sup>1</sup> Les flambées épidémiques récurrentes de maladies dont les coûts sont élevés sur le plan sanitaire, économique et social exercent une pression additionnelle sur des systèmes de santé déjà fragiles, tout comme les catastrophes naturelles et les crises humanitaires.<sup>2</sup> Les groupes vulnérables sont touchés plus que d'ordinaire par les inégalités en matière de santé.

2. La demande insuffisante de services de santé (sachant que le score régional est de 67 sur 100) influe sur la couverture des interventions essentielles.<sup>3</sup> Les perturbations des services de santé pendant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) ont inversé les avancées obtenues en direction de la couverture sanitaire universelle. Cette situation explique toute l'importance que revêt une réorientation des systèmes de santé nationaux vers les soins de santé primaires, fondement de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire.<sup>4</sup>

3. La Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires,<sup>5</sup> le Cadre d'action pour la couverture sanitaire universelle<sup>6</sup> et la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2022-2030 (présentée dans le Document AFR/RC72/8)<sup>7</sup> ont considéré l'autonomisation des populations et des communautés comme une composante principale d'une mise en œuvre réussie. Cette composante est essentielle à l'augmentation de la couverture des interventions sanitaires, à la réduction des inégalités et à l'amélioration de l'efficacité, de la capacité à répondre aux besoins, à la transparence et à la responsabilisation, ainsi qu'à l'instauration de la confiance et à la résilience.

4. Une stratégie régionale pour la participation communautaire est proposée afin d'édifier des systèmes de santé plus solides, équitables et résilients. La « participation communautaire » est définie comme un processus de développement et de maintien de relations qui permettent aux parties prenantes de travailler ensemble pour traiter les problèmes et favoriser le bien-être. La notion de « communauté » est élargie ici pour tenir compte de la continuité des interconnexions et des interactions sociales tout au long de la vie. Il est reconnu que les individus font partie de communautés multiples et interconnectées qui façonnent sans cesse l'identité, les choix et les

---

<sup>1</sup> World Health Organization (WHO). 2018. "The state of health in the WHO African Region: an analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals."

<sup>2</sup> Inzaule SC, et al. COVID-19 and indirect health implications in Africa: Impact, mitigation measures, and lessons learned for improved disease control. *PLoS Medicine*. 2021 Jun 23;18(6):e1003666; Ozili P. COVID-19 in Africa: socio-economic impact, policy response and opportunities. *International Journal of Sociology and Social Policy*. 2020 May 29.

<sup>3</sup> WHO. 2018. "The state of health in the WHO African Region: an analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals."

<sup>4</sup> Réorientation des systèmes de santé vers les soins de santé primaires, fondement résilient de la couverture sanitaire universelle, et préparatifs d'une réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle (A76/6). Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.

<sup>5</sup> OMS, 2019. Déclaration d'Astana : Conférence mondiale sur les soins de santé primaires. Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018 (No. WHO/HIS/SDS/2018.61). Organisation mondiale de la Santé.

<sup>6</sup> WHO. UHC in Africa: a framework for action. No. WHO/HSS/HSF/2016.01. World Health Organization, 2016.

<sup>7</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS). Stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et la gestion des situations d'urgence 2016-2020 : rapport du Secrétariat. Soixante-douzième session du Comité régional, 2022 (Document AFR/RC72/8). Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique.

comportements.<sup>8</sup> La stratégie est inspirée par l'expérience accumulée dans la Région,<sup>9</sup> notamment pendant la riposte à la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest,<sup>10,11</sup> puis lors de la riposte à la COVID-19 dans l'ensemble de la Région.<sup>12,13</sup>

5. Cette stratégie est destinée à renforcer la protection et la résilience des communautés en montrant de quelle façon les gouvernements peuvent entretenir et consolider la participation communautaire, en commençant lorsque « tout va bien » pour poser les jalons d'une collaboration en temps de crise. Il s'agit notamment de la participation des communautés aux soins de santé primaires, à la promotion de la santé, ainsi qu'à la réduction des risques et à l'atténuation des répercussions des événements de santé publique. La stratégie fournit aussi des orientations sur les moyens de tirer parti des mécanismes de prestation de services et des structures communautaires existantes d'une part et, d'autre part, d'institutionnaliser la participation communautaire dans l'interface entre la santé, le développement et l'action humanitaire. La stratégie proposée définit les mesures prioritaires à mettre en œuvre pour améliorer la recherche, le suivi et l'évaluation et pour exploiter les enseignements tirés afin d'orienter les interventions futures.

## ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

### Analyse de la situation

6. Les 47 États Membres de la Région africaine de l'OMS ont pris l'engagement d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Des progrès très importants ont été accomplis entre 2000 et 2019 sur le front de l'amélioration de la couverture des services de santé, tandis que des avancées plus modestes ont été obtenues concernant l'amélioration de la protection contre les risques financiers.<sup>14</sup> Cependant, la pandémie de COVID-19 a remis en cause les progrès réalisés à en juger par les perturbations de services de santé qu'elle a induites et par la modification des comportements en matière de recours aux soins que la COVID-19 a entraînée.<sup>15</sup>

7. Entre 2001 et 2022, au total 1843 événements de santé publique corroborés ont été notifiés dans la Région.<sup>16</sup> Le nombre de flambées épidémiques de zoonoses a augmenté de 63 % entre 2012 et 2022 par rapport à la période 2001-2011.<sup>17</sup> Les mesures sociales et de santé publique liées à la COVID-19 ont gravement touché le secteur informel, qui représente 80 % à 90 % de l'activité

---

<sup>8</sup> Evaluation of the WHO Community Engagement Research Initiative, WHO Western Pacific Regional Office, 2023, <https://www.who.int/westernpacific/publications-detail/9789290620082>. See also: WHO, Voice, agency, empowerment - handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2021; WHO Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. Geneva: World Health Organization; 2020 and WHO. COVID-19 global risk communication and community engagement strategy, December 2020-May 2021: interim guidance, 23 December 2020. World Health Organization; 2020.

<sup>9</sup> Une synthèse récente des données probantes a mis en lumière l'importance d'une participation communautaire continue dans la Région et ailleurs, notamment : Adebisi et al. Risk communication and community engagement strategies for COVID-19 in 13 African countries. *Health Promotion Perspectives*. 2021;11(2):137; Anoko JN, et al. Community engagement for successful COVID-19 pandemic response: 10 lessons from Ebola outbreak responses in Africa. *BMJ Global Health* 2020; and Frimpong SO, et al. Community engagement in Ebola outbreaks in sub-Saharan Africa and implications for COVID-19 control: A scoping review. *International Journal of Infectious Diseases*. 1<sup>er</sup> décembre 2022.

<sup>10</sup> Munodawafa D, et al. Monitoring and evaluating the Ebola response effort in two Liberian communities. *Journal of community health*, 2018, vol. 43, p. 321-327.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Mwakisha, J, et al. Kenya's experience: Factors enabling and impeding the COVID-19 response. *Health Promotion Practice*, 2023.

<sup>13</sup> Phori, P, et al. Participatory Monitoring and Evaluation of the COVID-19 Response in the Africa Region. *Health Promotion Practice*, 2022.

<sup>14</sup> OMS/Région africaine. Suivi de la couverture sanitaire universelle dans la Région africaine de l'OMS, 2022.

<sup>15</sup> WHO. World Health Statistics 2023. Monitoring Health for the SDGs.

<sup>16</sup> OMS. Le taux de transmission des maladies de l'animal à l'être humain a augmenté de 63 % en Afrique au cours de la décennie écoulée. 14 juillet 2022 (consulté le 12 avril 2022).

<sup>17</sup> Ibid.

économique en Afrique subsaharienne.<sup>18</sup> On aura par ailleurs assisté à une multiplication des cas de violation des droits humains, couplée à une montée en puissance de la violence sexiste, de la criminalité, des actes de racisme et de cas de marginalisation.<sup>19</sup>

8. Le risque de maladie, de mauvais état de santé et de mal-être est déterminé par des facteurs environnementaux, sociaux et économiques au sens large. La pauvreté, les mauvaises conditions de vie et de travail restent répandues et influent négativement, entre autres, sur l'accès à l'eau potable, à l'hygiène et à l'assainissement.<sup>20</sup> Les inégalités dans l'accès aux soins de santé induisent des effets négatifs disproportionnés sur la santé publique se soldent par un échec du point de vue de la couverture sanitaire universelle.<sup>21</sup> La propagation des maladies pourrait être amplifiée par une mondialisation incontrôlée et par une urbanisation rapide, ainsi que par des crises humanitaires récurrentes et prolongées.<sup>22</sup>

9. De tels événements et affections exposent les individus aux facteurs de stress sociaux et environnementaux qui déteignent sur la santé et le bien-être. De façon singulière, il a été démontré que le stress toxique accroît le risque qu'un individu soit en mauvaise santé tout au long de sa vie.<sup>23</sup> Le traumatisme intergénérationnel et l'exposition à l'adversité socioéconomique sont préjudiciables pour la santé mentale comme pour la santé physique.<sup>24</sup>

10. La participation communautaire induit une approche fondée sur des actifs axée sur le bien-être qui met en relation l'expérience vécue et la dynamique à plusieurs niveaux et complexe de la santé. Cette situation a des répercussions sur la pratique de la médecine, sur la conception, la prestation et l'intégration des services de santé et sur la direction donnée aux systèmes de soins de santé.

11. Les cadres et programmes qui s'appliquent aux agents de santé communautaires peuvent renforcer les systèmes de santé et communautaires.<sup>25</sup> Les agents de santé communautaires sont dans une position stratégique et ont été utilisés pendant longtemps pour susciter la participation des communautés, rapprocher les services des populations et soutenir les efforts de riposte d'urgence.

12. Les efforts déployés dans le passé dans le cadre de la lutte contre la grippe,<sup>26</sup> la maladie à virus Ebola<sup>27</sup> et la pandémie de COVID-19<sup>28</sup> ont montré que la participation communautaire a induit un effet positif sur l'adoption des mesures sociales et de santé publique et sur la prévention de la transmission de la maladie. La participation des communautés aux systèmes d'alerte rapide a permis d'accroître l'efficacité du système dans un contexte où les ressources humaines et

---

<sup>18</sup> Ibid.

<sup>19</sup> Ozili P. COVID-19 in Africa: socio-economic impact, policy response and opportunities. *International Journal of Sociology and Social Policy*. 29 May 2020.

<sup>20</sup> Amzat, J, et al 'Social Determinants of Health in Africa', in R. Sooryamoorthy R, Khalema N (eds), *The Oxford Handbook of the Sociology of Africa* (2022); online edn, Oxford Academic, 18 août 2022.

<sup>21</sup> Ibid.

<sup>22</sup> OMS. WHO emergency appeal: Humanitarian crisis in the Sahel. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2022.

<sup>23</sup> Shonkoff J, et al. "The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress." *Pediatrics*. 2012; 129(1).

<sup>24</sup> Kivimaki et al. "Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: a multi-cohort study." *Lancet Public Health*. 2020; 19:30248-8.

<sup>25</sup> WHO. *Community Health Worker Programmes in the WHO African Region: Evidence and Options — Policy brief*. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>26</sup> OMS. *Pandemic influenza preparedness and response: a WHO guidance document*. Organisation mondiale de la Santé, 2009.

<sup>27</sup> OMS. *WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017 (WHO/HIS/SDS/2017.15). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>28</sup> Burgess RA et al. The COVID-19 vaccines rush: participatory community engagement matters more than ever. *The Lancet*. 2 janvier 2021; 397(10268):8-10

financières sont limitées.<sup>29</sup> Dans l'ensemble, la participation communautaire contribue au renforcement des systèmes de santé et à l'édification de la résilience des communautés.<sup>30</sup>

### Justification

13. La participation communautaire favorise l'équité et la justice sociale. L'intégration intentionnelle des processus de participation communautaire dans la planification et la prestation des services de santé soutient l'autonomisation et l'appropriation, contribuant ainsi à la promotion de la santé centrée sur les populations et à la prévention des maladies.<sup>31,32</sup> L'alignement des pratiques de participation sur les structures communautaires qui existent déjà facilite la durabilité, l'instauration de la confiance et réduit dans toute la mesure du possible le double emploi.<sup>33</sup> Malheureusement, la participation communautaire dans la planification et la mise en œuvre des systèmes de santé, des soins de santé primaires et de la gestion des situations d'urgence reste occasionnelle.<sup>34</sup> Le manque de ressources, la méfiance et le défaut d'alignement des priorités posent problème.<sup>35</sup> Les programmes fragmentés et sous-optimaux établis à l'intention des agents de santé communautaires mais manquant de durabilité ont été perçus comme de gros revers.<sup>36</sup> Les processus de participation communautaire qui ont donné des résultats probants ne sont pas pérennisés et les enseignements tirés ne sont pas exploités comme il se doit.<sup>37</sup>

14. L'autonomisation des populations et des communautés pour qu'elles puissent plaider en faveur de politiques répondant aux besoins et équitables, participer à la planification et à la prestation de services et adopter des comportements sains constitue le socle des soins de santé primaires.<sup>38</sup> Le renforcement des mécanismes d'autonomisation des communautés constitue une composante essentielle des services centrés sur la population qui concourent à la couverture sanitaire universelle.<sup>39</sup> En outre, la participation communautaire est une composante essentielle de l'architecture mondiale pour la préparation, la riposte et la résilience face aux situations d'urgence sanitaire,<sup>40</sup> de même qu'une capacité fondamentale en vertu du Règlement sanitaire international (RSI)<sup>41</sup> et du Cadre de Sendai.<sup>42</sup>

15. La stratégie contribue à l'atteinte de l'objectif 3 de développement durable, qui est de « permettre à tous de vivre en bonne santé et [de] promouvoir le bien-être de tous à tout âge » moyennant le renforcement des capacités des pays à édifier et à maintenir en place des structures

<sup>29</sup> Sufri S, et al. A systematic review of community engagement (CE) in disaster early warning systems (EWSs). *Progress in Disaster Science*. 1<sup>er</sup> janv. 2020;5:100058.

<sup>30</sup> Frimpong SO, Paintsil E. Community engagement in Ebola outbreaks in sub-Saharan Africa and implications for COVID-19 control: A scoping review. *International Journal of Infectious Diseases*. 1<sup>er</sup> déc. 2022.

<sup>31</sup> OMS. Déclaration d'Astana : Conférence mondiale sur les soins de santé primaires. Astana, Kazakhstan, 25 et 26 octobre 2018 (No. WHO/HIS/SDS/2018.61). Organisation mondiale de la Santé, 2019.

<sup>32</sup> Adebisi YA, Rabe A, et al. Risk communication and community engagement strategies for COVID-19 in 13 African countries. *Health Promotion Perspectives*. 2021;11(2):137.

<sup>33</sup> Ankomah SE, Fusheini A, Ballard C, Kumah E, Gurung G, Derrett S. Patient-public engagement strategies for health system improvement in sub-Saharan Africa: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*. Déc. 2021; 21:1-6.

<sup>34</sup> Anoko JN, et al. Community engagement for successful COVID-19 pandemic response: 10 lessons from Ebola outbreak responses in Africa. *BMJ Global Health* 2020;4:e003121. doi:10.1136/bmjgh-2020-003121

<sup>35</sup> Ramsbottom A, O'Brien E, Ciotti L, et al. Enablers and barriers to community engagement in public health emergency preparedness: a literature review. *Journal of community health*. Avril 2018 ; 43(2) : 412-20.

<sup>36</sup> Ibid.

<sup>37</sup> Adebisi YA, Rabe A, et al. Risk communication and community engagement strategies for COVID-19 in 13 African countries. *Health Promotion Perspectives*. 2021;11(2):137.

<sup>38</sup> Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

<sup>39</sup> WHO. UHC in Africa: a framework for action. No. WHO/HSS/HSF/2016.01. World Health Organization, 2016.

<sup>40</sup> WHO. Community Protection Subsystem: Overview of HEPR activities and items to be costed. Forthcoming (Draft)

<sup>41</sup> OMS. Règlement sanitaire international (2005) Organisation mondiale de la Santé ; 2008, page 15.

<sup>42</sup> Bureau des Nations Unies pour la prévention des catastrophes. Cadre d'action de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe 2015-2030 Genève : UNDSR ; 2015.

fonctionnelles qui favorisent l'implication de l'ensemble de la société à instaurer la couverture sanitaire universelle et à assurer la sécurité sanitaire. La stratégie régionale proposée contribue par ailleurs à la mise en œuvre du treizième programme général de travail, 2019-2025, dont la vocation est d'induire des effets mesurables sur la santé et sur le bien-être des populations.

## **LA STRATÉGIE RÉGIONALE**

### **But**

16. Le but est de créer un cadre propice à une participation communautaire à long terme qui renforce la protection et la résilience grâce à l'autonomisation, à une meilleure culture de la santé et à une participation active dans la prise de décisions et dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des initiatives axées sur la santé et le développement.

17. **Objectifs.** Ils s'articulent comme suit :

- a) recenser et exploiter les actifs des structures communautaires déjà en place qui pourraient servir de fondement pour faire participer les communautés aux soins de santé primaires, à la promotion de la santé et à la prestation de services sanitaires et sociaux, y compris à la gestion des situations d'urgence ;
- b) institutionnaliser la mobilisation et la participation des communautés, la finalité étant de consolider les soins de santé primaires, la promotion de la santé et la prestation de services sanitaires et sociaux, y compris la gestion des situations d'urgence ; et
- c) renforcer les capacités interdisciplinaires des pays en matière de recherche, de suivi et d'évaluation pour documenter les enseignements tirés des pratiques de mobilisation des populations pour éclairer les interventions futures dans les pays et dans la Région.

### **Cibles**

18. D'ici à 2025 et d'ici à 2027, au moins 15 États Membres et au moins 25 États Membres, respectivement, devraient avoir :

- a) cartographié les actifs et structures communautaires afin de créer une base de connaissances susceptible d'orienter les interventions futures ;
- b) élaboré conjointement des modes opératoires normalisés et défini les principes directeurs grâce auxquels la participation communautaire pourrait être intégrée dans les soins de santé primaires, dans la promotion de la santé et dans la prestation des services de santé ; et
- c) documenté, consolidé et appliqué les enseignements tirés des expériences passées de participation communautaire dans la promotion de la santé, dans la prestation de services et dans la gestion des situations d'urgence.

19. D'ici à 2030, au moins 37 États Membres devraient avoir :

- a) cartographié les actifs et structures communautaires afin de créer une base de connaissances susceptible d'orienter les interventions futures ;
- b) élaboré conjointement des modes opératoires normalisés et défini les principes directeurs grâce auxquels la participation communautaire pourrait être intégrée dans les soins de santé primaires, dans la promotion de la santé et dans la prestation des services de santé ;
- c) documenté, consolidé et appliqué les enseignements tirés des expériences passées de participation communautaire dans la promotion de la santé, dans la prestation de services et dans la gestion des situations d'urgence ; et
- d) évalué la mise en œuvre de la stratégie au niveau des pays.

## Principes directeurs et valeurs

20. **L'autonomisation et la protection de la population.** La protection de la population est sous-tendue par l'autonomisation de la population et passe par l'instauration d'un climat de confiance entre les parties prenantes afin de favoriser l'adoption d'interventions axées sur la prévention et la promotion de la santé et de mesures de santé publique et sociales. Un état de préparation efficace de la population passe notamment par l'édification de communautés résilientes, outillées et prêtes à faire face à toute menace pour la santé publique.

21. **Un approche pansociétale et pangouvernementale.** La collaboration multisectorielle et avec de multiples parties prenantes, qui implique la participation d'acteurs issus de secteurs autres que celui de la santé et celle du secteur privé, permettra d'accroître l'efficacité et de gérer les interdépendances nécessaires avec d'autres secteurs et niveaux. Une approche qui fait intervenir toutes les couches de la société consiste à autonomiser les communautés de façon à ce que les différents groupes de populations puissent participer à la prise de décisions concernant leur santé et leur bien-être.

22. **Une approche englobant l'ensemble des menaces.** S'il est vrai que les risques varient selon leur origine – naturelle, technologique, ou sociétale – et leur impact, il faut noter qu'ils posent les mêmes défis aux systèmes de santé. Une approche englobant l'ensemble des menaces peut améliorer le rapport coût-efficacité et la qualité des ripostes.

23. **L'équité et les déterminants sociaux.** Les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent, jouent et vieillissent se ressentent sur leur santé et sur l'équité en santé, qui peuvent être aggravées par la discrimination, les stéréotypes et les préjugés fondés sur le sexe, sur le genre, sur l'âge, sur la race, sur l'appartenance ethnique ou sur le handicap, pour ne retenir que ces exemples. Une action en faveur de l'équité et sur les déterminants sociaux de la santé moyennant la participation communautaire sera utile pour obtenir de meilleurs résultats sanitaires.

24. **La gouvernance et la responsabilisation.** La mobilisation et la participation de la population concourent à une gouvernance inclusive et à l'élaboration de politiques et de programmes de santé adaptés aux besoins. Les acteurs devraient être amenés à rendre des comptes aux populations locales. La responsabilisation fondée sur les personnes, la transparence et les droits humains garantit le respect des droits, la dignité et la sécurité des personnes touchées, en particulier celles des groupes vulnérables et marginalisés.

## Mesures et interventions prioritaires

### La nécessité de tirer parti des structures communautaires

25. Les États Membres devraient élaborer ou adapter les outils et recenser les structures, les actifs et les capacités communautaires qui existent dans une communauté donnée, notamment les agents communautaires, les organisations de la société civile et les acteurs du secteur privé, en renforçant les outils de collecte des données existantes tels que les évaluations des vulnérabilités.

26. Les États Membres devraient régulièrement cartographier les structures communautaires existantes, ce qui englobe les initiatives, les capacités, les ressources et les outils que l'on pourrait utiliser pour assurer les fonctions essentielles de gestion des situations d'urgence et constituer une base de connaissances susceptibles d'éclairer les interventions futures. La priorité devrait être accordée à la cartographie au niveau national et à l'élaboration d'un plan qui aidera à mener les activités jusqu'aux niveaux infranationaux.

27. Les États Membres devraient répertorier les insuffisances et les problèmes et y remédier en vue d'une participation efficace des communautés. Ils devraient en outre déterminer les besoins en ressources et combler ces besoins qui peuvent être d'ordre financier, humain, technique et logistique.

28. Les États Membres devraient tirer le meilleur parti des actifs communautaires et collaborer avec les parties prenantes afin de mener à bien l'exercice actuel de renforcement des capacités en s'appuyant à cet effet sur des modules de formation intégrés couvrant la culture de la santé et la perception des risques. L'accès à des informations sanitaires correctes doit être élargi pour accroître la participation des communautés à la promotion de la santé, aux soins de santé primaires et à la gestion des situations d'urgence.

29. Les États Membres devraient impliquer et informer les communautés grâce à une collaboration permanente avec les structures communautaires existantes sur les questions de santé publique et veiller à ce que l'information soit fournie en temps opportun *via* des canaux adéquats et adaptés aux réalités locales.

### **L'institutionnalisation des interventions**

30. Les États Membres devraient intégrer la participation communautaire en veillant à ce que les stratégies et les plans de promotion de la santé, de gestion des situations d'urgence, de prestation de services de santé et de prévention des maladies comprennent des modes opératoires normalisés explicites ou des principes directeurs précisant la façon dont la participation communautaire sera intégrée, mise en œuvre et contrôlée.

31. Les États Membres devraient adopter des approches de co-création à l'égard des mesures de prévention et de promotion de la santé, ainsi que des mesures de santé publique et sociales, couplées à d'autres services et interventions pour que les systèmes de santé soient inclusifs, équitables, adaptés au contexte local et donc capables non seulement de se préparer, de faire face aux événements de santé publique et de s'en relever, mais aussi de garantir la prestation des soins de santé primaires. De plus, les États Membres devraient favoriser les approches communautaires ou dirigées par des communautés en mettant à leur disposition l'appui et les ressources qui leur sont nécessaires.

32. Les États Membres devraient redynamiser les structures de soins de santé primaires, y compris la surveillance communautaire et les personnels des services communautaires. Ils devraient mettre en place des politiques de gestion, de supervision, de soutien et de reconnaissance des travailleurs communautaires formels et informels dans tous les secteurs contribuant à la promotion de la santé, à la prévention des maladies, ainsi qu'au traitement et au relèvement après une situation d'urgence, par exemple en instituant un programme de certification ou des politiques de rémunération durable. Les États Membres devraient veiller par ailleurs à ce que le renforcement des capacités du personnel de santé communautaire soit fondé sur un programme de formation intégré.

33. Les États Membres devraient renforcer les liens entre les mécanismes et les infrastructures établis pour mettre les communautés en relation avec les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs, par exemple en établissant des passerelles entre la surveillance communautaire, les systèmes d'alerte précoce et les canaux de communication. De même, les États Membres devraient consolider les secteurs pertinents qui utiliseront les informations recueillies comme une référence pour définir la politique et les actions à mener aux différentes phases de la gestion des situations d'urgence. Par exemple, les États Membres pourraient créer des plateformes de communication à double sens telles que des centres d'appel et des canaux de médias sociaux,

ou renforcer les conseils et comités de santé communautaire, sans oublier les mécanismes de retour d'information mis en place par les communautés.

34. Les États Membres devraient reconnaître et renforcer les mécanismes qui existent déjà et grâce auxquels les communautés peuvent participer à la prise de décisions et fournir des avis aussi bien sur l'efficacité réelle des soins de santé primaires et des services d'urgence que sur l'allocation équitable des ressources. Les États Membres devraient aussi mettre en place un mécanisme de recours et de compensation accessible pour répondre aux préoccupations et aux plaintes, en particulier lorsque des cas de harcèlement, d'exploitation ou d'abus sexuels sont signalés pendant les situations d'urgence.

35. Les États Membres devraient inclure un volet de représentation des communautés, et singulièrement des groupes marginalisés et vulnérables, dans les efforts visant à diversifier et à renforcer les partenariats et la coordination multisectoriels et multipartites.

### **La recherche, le suivi, l'évaluation et la documentation des enseignements tirés**

36. Les États Membres devraient impliquer les membres des communautés dans le suivi-évaluation des interventions sanitaires, y compris dans les actions d'urgence, en faisant participer les communautés aux examens a priori et aux examens a posteriori. Il devrait élaborer conjointement ou actualiser des systèmes et outils de suivi et d'évaluation en collaboration avec des partenaires multisectoriels et multipartites, en s'appuyant sur des processus de création d'un consensus.

37. Les États Membres devraient produire des données factuelles sur les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux de la santé et du bien-être, et comprendre les contextes dans lesquels les événements de santé publique se déroulent tout en valorisant les connaissances et les pratiques locales.<sup>43</sup>

38. Les États Membres devraient produire des données accessibles et de qualité, ventilées (selon l'âge, le sexe, la situation géographique, le statut social et économique) sur la santé publique et les systèmes de santé, ainsi que des données intersectorielles afin d'évaluer l'impact sur la santé et le bien-être. Les États Membres devraient assurer une communication stratégique afin de traduire les connaissances et les bases factuelles en des informations utiles à la prise de décisions et à la conception d'interventions.

39. Les États Membres devraient veiller à ce que le ministère de la santé puisse recueillir, analyser et exploiter les données sociales, environnementales et comportementales (ils pourraient le faire par exemple en intégrant une fonction d'analyse comportementale au ministère de la santé, en identifiant ou en nommant des spécialistes du comportement et des sciences sociales, ou encore des anthropologues). De même, les États Membres devraient collaborer avec des établissements universitaires dotés des capacités requises pour évaluer et analyser les processus de participation communautaire. Ces experts et partenaires issus de milieux universitaires devraient aider les gouvernements à utiliser les éléments factuels recueillis pour éclairer les plans et politiques.

---

<sup>43</sup> Les méthodes de collecte de données et de recherche que l'on pourrait envisager d'adopter comprennent, sans pour autant s'y limiter, les études sur les connaissances, les attitudes et les pratiques (KAP) qui devraient servir de fondement à la prise de décisions, autant que les interventions reposant sur des bases factuelles. Des méthodes participatives qui tiennent compte à la fois des éléments scientifiques, des connaissances traditionnelles ou existantes et des expériences vécues par les personnes, y compris par les groupes vulnérables, marginalisés et difficiles à atteindre, devraient être utilisées pour garantir une diversité des points de vue. Des recherches devraient être menées pour recenser les meilleures pratiques en matière de participation communautaire. Il conviendrait en outre d'utiliser des méthodes de recherche et d'apprentissage appropriées pour appréhender l'impact, les processus qui visent à renforcer la confiance et à construire des relations, et enfin de saisir les facteurs contextuels qui influencent les interventions.

40. Les États Membres devraient favoriser le partage des enseignements tirés des interventions dirigées par les communautés et de la participation communautaire dans la promotion de la santé et la prestation de services de santé, y compris les efforts déployés au cours des différentes phases des situations d'urgence dans tous les contextes locaux. L'échange d'expériences pourrait se faire moyennant de visites d'apprentissage croisé, la mise en place de systèmes de mentorat et la publication de rapports. Priorité devrait être donnée à la documentation des expériences passées et à l'édification de systèmes pérennes et faciles à utiliser pour enregistrer les travaux en cours et à venir. Avec l'appui de l'OMS, les gouvernements devraient faciliter le partage transfrontalier des meilleures pratiques et des enseignements tirés afin d'éclairer les politiques et les interventions à tous les niveaux.

### **Rôles et responsabilités**

#### **41. Les États Membres devraient :**

- a) indiquer la voie à suivre pour l'adaptation des interventions prioritaires aux contextes locaux et pour la mise en œuvre des activités ;
- b) assumer le rôle de chef de file et à promouvoir la gouvernance dans l'établissement de partenariats, y compris avec les structures de participation communautaire ;
- c) entreprendre le plaidoyer et assumer un rôle de chef de file de haut niveau, sur tous les plans, afin d'intégrer la participation communautaire dans les soins de santé primaires et dans les autres secteurs ; et
- d) favoriser la coopération transfrontalière et les dialogues internationaux avec les parties prenantes.

#### **42. L'OMS et les autres partenaires devraient :**

- a) susciter une prise de conscience et entreprendre le plaidoyer au sujet de la participation communautaire en élaborant un argumentaire fondé sur des bases factuelles et favoriser une compréhension commune et une vision partagée de la portée comme de la fonction de la participation communautaire dans tous les services publics au sein des États Membres et à l'OMS, en accordant la priorité à la santé ;
- b) encourager l'harmonisation des soins de santé primaires, de la promotion de la santé, des services de santé et sociaux, ainsi que des lignes directrices et outils techniques spécifiques aux risques, et sensibiliser les parties prenantes à leur utilisation pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie ;
- c) établir, en fonction de l'expérience de la mise en œuvre de la stratégie au niveau des pays, une série d'indicateurs génériques de la participation communautaire à proposer pour inclusion dans la collecte des données sur les services de santé courants tels que les examens a priori et a posteriori, et, éventuellement dans l'évaluation externe conjointe et dans l'outil d'analyse des risques ;
- d) fournir un appui technique aux États Membres pour l'adaptation et l'évaluation de la stratégie régionale et la mise en œuvre des interventions prioritaires, y compris les interventions transfrontalières ;
- e) mobiliser les partenaires et les donateurs afin qu'ils accompagnent la mise en œuvre de la stratégie et plaident pour un argumentaire d'investissement en faveur de la participation communautaire dans les soins de santé primaires, la promotion de la santé et la prévention des maladies ; et
- f) encourager et soutenir la collaboration multisectorielle et multipartite et assurer la responsabilisation des populations locales.

### **Incidences en termes de ressources**

43. Les États Membres et les partenaires impliqués dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la participation communautaire dans la gestion des soins de santé primaires, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies ont besoin de ressources financières et humaines plus récurrentes, systématiques et prévisibles. On s'attend à ce que l'intégration de la participation communautaire en tant qu'élément essentiel du cycle de gestion des situations d'urgence garantisse à long terme un financement stable et un investissement dans le renforcement des capacités. Les États Membres devraient déterminer et mieux exploiter les sources de financement de la participation communautaire, et mobiliser les ressources nationales et externes pour éviter la fragmentation et le sous-financement.

### **Suivi et évaluation**

44. Le suivi et l'évaluation sont indispensables à l'atteinte des objectifs de la stratégie de participation communautaire et permettent de documenter les procédures qui sous-tendent la conception et à la mise en œuvre de cette stratégie. Des mesures de référence devraient être prises pour éclairer le cadre de suivi et d'évaluation. La mise en œuvre de la stratégie fera l'objet d'un suivi annuel. Des indicateurs de performance clés seront intégrés dans les rapports annuels sur le RSI, sur le cadre de participation communautaire et sur le programme de travail mondial. La Directrice régionale présentera des informations actualisées au Comité régional tous les deux ans.

### **CONCLUSION**

45. La participation communautaire établit des liens entre les acteurs du système sanitaire, les autres secteurs et les communautés, ce qui est fondamental pour réduire l'impact de situations d'urgence, toutes menaces confondues. Les enseignements tirés de la gestion des flambées épidémiques et des situations d'urgence sanitaire précédentes ont révélé que les épidémies commencent dans la communauté et se terminent dans la communauté.

46. La stratégie vise à encourager une participation communautaire efficace pour aider à bâtir des communautés et des systèmes de santé résilients, capables d'atténuer les conséquences des risques sanitaires et humanitaires liés aux situations d'urgence. Il est essentiel de fournir des informations crédibles sur les causes sous-jacentes des situations d'urgence, ainsi que sur les mesures de prévention prises, et de rendre ces informations accessibles à la communauté pour favoriser son autonomisation. Le fait d'encourager la documentation et le partage d'expériences garantit que les enseignements tirés contribuent à une participation communautaire plus efficace et à des systèmes de santé plus centrés sur la personne. La mise en œuvre de la stratégie pour la protection et la résilience des communautés nécessitera un financement national suffisant.

47. Le Comité régional a examiné et adopté la stratégie proposée.