

Participation avec une population exposée au choléra en Haïti : Trouver leurs propres solutions



Présentation des résultats initiaux (cartographie des quartiers à risque visibles) et discussion au sujet de plans d'action avec la société civile à Mirebalais, en Haïti.
IMAGE : ESA CONSULTANCE, 2017

En 2016, après six ans d'épidémie de choléra en Haïti, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) a mis en œuvre un programme d'étude opérationnelle multisectorielle au sein de quatre zones urbaines sensibles affectées par le choléra. Ces zones sensibles étaient connues pour être des lieux récurrents de transmission de la maladie et, par conséquent, de jouer un rôle de « source ». L'étude présentée dans cette étude de cas SSHAP visait à identifier, au niveau du quartier, les causes principales du choléra, et d'élaborer des plans d'action appropriés.

Le défi : le choléra à Haïti

« Revoir » l'approche traditionnelle de santé publique à sens unique

Pour un ingénieur disposant d'une certaine expérience en épidémiologie de terrain, il est facile de se rendre dans un endroit où le choléra persiste et d'évaluer les conditions en matière d'eau et d'assainissement afin de proposer de nouvelles constructions, rénovations ou de nouveaux travaux d'extension. Les techniciens et les ingénieurs élaborent souvent des plans d'action axés sur les solutions techniques relatives à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (EAH). Les processus sont souvent descendants, ce qui entraîne parfois une déconnexion entre les causes inhérentes à la persistance du choléra et l'engagement et la compréhension des populations et des institutions en ce qui concerne les actions à mettre en œuvre. Dans le cadre des interventions humanitaires, nous avons tendance à examiner en premier lieu les solutions techniques ; toutefois une approche technique

a elle seule ne suffit pas.

Quelle est la meilleure manière de s'assurer que les solutions sont appropriées d'un pont de vue social, culturel, et économique ? Les programmes EAH à grande échelle suivent-ils réellement les étapes préliminaires de la participation publiques ? Les indicateurs de programme incluent-ils ces étapes ? Ces questions sont particulièrement pertinentes dans les zones urbaines, au sein

desquelles la complexité des réseaux sociaux constitue un défi supplémentaire.

En réponse à ces défis, l'UNICEF a proposé la réalisation d'une étude multisectorielle à Mirebalais, en Haïti, qui associait l'ingénierie technique et les sciences sociales dans une approche claire, visant à améliorer l'apprentissage des intervenants locaux (y compris les autorités, les organisations non gouvernementales, les organisations communautaires, et le public).

La recherche : engagement participatif

L'équipe de recherche basée à Mirebalais a établi une série de mécanismes participatifs afin de recueillir le voix de populations directement affectées par l'épidémie de choléra.

Le mouvement « éducation populaire » nous enseigne que tous les groupes au sein d'une population, y compris les plus pauvres, les moins accessibles, et les moins

visibles, sont animés par une volonté de résoudre leurs problèmes et conçoivent souvent des initiatives que les experts extérieurs ne sont pas en mesure de mettre en œuvre. Le programme d'éducation populaire repose sur quelques éléments clés, à savoir « les relations horizontales entre les animateurs et les participants ; la réponse à un besoin exprimé par un groupe organisé ; la participation du groupe à la planification de la formation et de l'action politique ; la reconnaissance du fait que la communauté constitue la source de connaissances » (Hamilton and Cunningham 1989).

De quelle manière certains de ces principes peuvent-ils être appliqués au travail sur le terrain dans le domaine de la santé publique ? Quatre mécanismes ont été appliqués pour mettre ces principes en pratique au cours de l'étude.

Le premier mécanisme établi par l'équipe de recherche était la **consultation**, qui implique une réciprocité dans la communication avec le public. L'équipe a organisé une réunion publique, ouverte aux citoyens intéressés de tous horizons, lors de laquelle la recherche a été expliquée.

Des **groupes de discussion** audio-enregistrée ont ensuite été organisés dans quatre quartiers. Les histoires des quartiers, les pratiques quotidiennes et les significations inhérentes à ces pratiques, des questions relatives à la satisfaction des besoins, la relation avec les lieux avoisinants, et les représentations de la ville ont été discutés librement au cours de ces événements. Les groupes étaient représentatifs de la population, composés d'étudiants, de gérants de magasins, de prêtres, d'enseignants, d'agents de la protection civile, de médecins, de vétérinaires, et de d'ingénieurs en génie civil.

Tout ne peut pas être compris en écoutant et en élaborant des comptes-rendus parmi des paramètres établis ; toutefois, les interactions sociales et le l'utilisation des lieux publics peuvent être observées. L'équipe a planifié des **promenades de quartier commentées**, qui visaient à « accéder à l'expérience sensorielle des passants » (Thibaud 2013). Les promenades commentées constituent trois actions simultanées : marcher, percevoir, et décrire (ibid.). Cette méthode a permis à l'équipe d'identifier de nouvelles caractéristiques inhérentes à la ville, comme par exemple les lieux de rassemblement (qui jouent un rôle essentiel dans la transmission du choléra) qui étaient précédemment inconnues. Dans ce cas, par exemple, des zones de défécation ouvertes situées à proximité du marché alimentaire central ont été identifiées.

Enfin, les participants étaient invités à partager leur vision ou leurs attentes en ce qui concerne le développement futur de la ville. Cet exercice de

“ Les approches multisectorielles et participatives exigent plus de temps et d'efforts qu'une solution universelle de base. Les programmes visant à améliorer la santé doivent prévoir suffisamment de temps avant la conception de l'intervention. ”

visualisation a permis aux populations d'imaginer et d'exprimer l'avenir qu'elles souhaiteraient pour l'endroit où elles vivent.

La deuxième étape de l'étude menée à Mirebalais a été constituée par le **dialogue** et la **concertation**. Des ateliers ont été organisés avec les autorités locales et les membres de la communauté afin de créer un espace propice à la discussion et à la codécision sur les actions à prioriser. Ce processus s'assimile à la « coproduction », et à l'apprentissage par l'action, notamment en ce qui concerne les stratégies inhérentes au service public (Pestoff 2013).

À cet effet, tous les participants ont été rassemblés pendant plusieurs heures, dans une situation qui a créé des moments d'échange. Il est rare que des étudiants ou des gérants de magasins soient en mesure de

rencontrer le maire pour discuter de questions de santé publique et de développement urbain, ou simplement de discuter ensemble de leurs propres défis inhérents à la ville. Ce processus a révélé les souhaits collectifs qu'une approche technique EAH n'aurait pas été en mesure de saisir. Voici ce qui est ressorti des ateliers :

“**Au lieu d'un processus descendant, cette approche a mis en évidence des mesures susceptibles de contribuer à rendre les vies des populations plus saines et plus confortables, en demandant aux membres de la communauté eux-mêmes ce qu'ils souhaiteraient changer au sein de leur environnement physique.**”

- Le groupe a suggéré d'établir des sanctions pour les personnes qui ne respectent pas les règles d'hygiène, avec des mesures d'atténuation pour les foyers les plus démunis. Les travailleurs sociaux hésitent souvent à proposer des mécanismes de sanction, mais lorsque l'idée émane du groupe collectif, cela incite l'équipe du programme à approfondir sa réflexion et à intégrer des mécanismes de sanction adaptés au plan d'action.
- Les participants se sont entendus sur la nécessité de disposer d'un nombre plus important de toilettes publiques partagées. Toutefois, le groupe a souligné que le fait de disposer de toilettes à proximité de la rivière, dans laquelle de nombreuses personnes (notamment les femmes) lavaient le linge, était susceptible d'attirer davantage de personnes, lorsque tous souhaiteraient que l'on mette un terme à la pratique consistant à laver le linge et à se baigner dans la rivière.
- Les participants se sont accordés sur le fait que les toilettes dans les stations-service pour les clients et les passants étaient nécessaires, ce qui

indique à la fois la nécessité et la conscience selon laquelle il incombe aux propriétaires de stations de garantir des conditions hygiéniques au sein de leurs environnements, et qu'il n'incombe pas à la ville de payer pour ces installations.

- L'équipe municipale a convenu de construire un espace en face de l'hôpital principal pour accueillir de manière hygiénique les nombreux vendeurs de produits alimentaires. Cette demande n'aurait peut-être pas été prise en compte dans le cadre d'une approche d'ingénierie traditionnelle portant sur l'accès à l'eau et à l'assainissement plutôt que sur l'hygiène publique.
- Tous ont convenu du fait qu'il était nécessaire de fermer le marché alimentaire central exposé aux zones de défécation ouvertes situées à proximité et d'insister sur l'ouverture rapide du nouveau marché prévu à la périphérie de la ville.
- Il y avait une volonté générale d'accorder la priorité à l'accès à l'eau courante pour tous, plutôt que de s'en remettre aux mesures de traitement des eaux à usage domestique, tout en reconnaissant la nécessité de mettre en œuvre des mesures transitoires. Ce résultat s'est avéré fondamental, dans la mesure où il a révélé que les populations étaient disposées à payer pour une connexion privée. Les praticiens envisagent souvent les solutions collectives en premier lieu en fonction de l'hypothèse selon laquelle les « communautés sont trop pauvres pour payer » (Bresling 2010), lorsqu'en réalité les « communautés à travers le monde payent le prix fort pour un faible approvisionnement en eau » (*ibid.*).

Le processus a abouti à la définition d'un programme EAH complet. L'équipe a seulement assuré la médiation des discussions ; toutes les propositions ont été générées par le dialogue organisé entre le public et l'équipe municipale. Les conseils municipaux, ainsi que le bureau régional de l'eau et de l'assainissement, ont approuvé le plan d'action proposé. Les donateurs du secteur de l'eau ont réorienté le financement consacré au choléra provenant d'autres projets afin de l'aligner sur le plan. Des approches multisectorielles incluant celles inhérentes aux sciences sociales ont permis à l'équipe de ne pas se contenter d'examiner des solutions techniques. Au lieu d'un processus descendant, cette approche a mis en évidence des mesures susceptibles de contribuer à rendre les vies des populations plus saines et plus confortables, en demandant aux membres de la communauté eux-mêmes ce qu'ils souhaiteraient changer au sein de leur environnement physique.

Bien évidemment, ce scénario n'est pas nouveau, mais les expériences passées notoires sont souvent oubliées

(par exemple, l'épidémie de choléra survenue à Paris avant que les quartiers bondés et les bidonvilles ne soient remplacés par les désormais célèbres grandes avenues). Le plan d'action proposé à Mirebalais vise à créer des lieux publics plus propres, ainsi que des étals de produits alimentaires mieux organisés et plus hygiéniques.

Enseignements tirés

Les enseignements clés suivants ont été tirés du processus de recherche participative :

- Reconnaître que les individus ont leurs propres priorités, solutions, et opinions quant à la manière d'améliorer les conditions sanitaires au sein de leurs communautés. Créer des espaces propices au dialogue permet l'émergence de souhaits collectifs, originaux, et innovants. À Mirebalais, les populations au sein de la communauté ont été interrogées concernant leurs attentes, les problèmes ont été mis en évidence, les paroles ont été libérées, et les solutions ont été identifiées.

- L'approche participative multisectorielle mise en œuvre, une association d'outils d'ingénierie technique et de sciences sociales, a permis de parvenir à d'autres conclusions que celles qui auraient été générées par le biais d'une approche de génie sanitaire traditionnelle, qui ne tient pas compte de la complexité des liens sociaux et des perceptions.
- Les approches participatives et multisectorielles exigent plus de temps et d'efforts qu'une solution universelle de base. Les programmes visant à améliorer la santé doivent prévoir plus de temps avant la conception de l'intervention. Les concepteurs des programmes doivent être disposés à écouter, à observer, et à apprendre de la population de la part de laquelle ils attendent un changement de comportement. Toutes les personnes concernées par l'impact futur d'une action devraient être informées afin de permettre aux individus de décider de leur participation au processus de prise de décision.

Lectures complémentaires

- Beuret, J.-E. and Cadoret, A. (2015) '[La Participation Citoyenne à l'Action Publique: Construire des Décisions ou un Capital pour l'Action?](#)', *Canadian Journal of Regional Science/Revue Canadienne des Sciences Régionales* 38.1/3: 21-28
- Bresling, E.D. (2010) '[Rethinking Hydrophilanthropy: Smart Money for Transformative Impact](#)', *Journal of Contemporary Water Research and Education* 145: 65-73
- ESA Consultance (2017) '[Analyse des Facteurs de Persistance du Choléra et Élaboration d'un Plan d'Intervention, pour la Ville de Mirebalais](#)', ESA Consultance, UNICEF, with financial support from USAID
- Hamilton, E. and Cunningham, P. M. (1989) 'Community-Based Adult Education' in S. B. Merriam and P. M. Cunningham (eds.) *Handbook of Adult and Continuing Education*, San Francisco: Jossey-Bass
- Pestoff, V. (2013) '[Collective Action and the Sustainability of Co-Production](#)', *Public Management Review* 16.3: 383-401
- Thibaud, J.P. (2013) '[Commented City Walks](#)', *Wi: Journal of Mobile Culture* 7.1: 1-32

Nous connaître

L'objectif de la plateforme Social Science in Humanitarian Action (SSHAP) est d'établir des réseaux de spécialistes en sciences sociales possédant une expertise régionale et les connaissances nécessaires pour fournir rapidement des renseignements, des analyses et des conseils adaptés à la demande et sous des formes accessibles, afin de mieux concevoir et mettre en œuvre des interventions d'urgence. La SSHAP est un partenariat entre l'Institute of Development Studies (IDS), la London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Anthrologica et le programme Communication for Development (C4D) de l'UNICEF.



Social Science in Humanitarian Action

E info@socialscienceinaction.org W www.socialscienceinaction.org



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Cette étude de cas fait partie d'un portefeuille inhérent aux enseignements tirés des épidémies en matière de sciences sociales et a reçu le soutien du bureau des États-Unis pour l'assistance à l'étranger en cas de catastrophes naturelles (OFDA) et de l'UNICEF.

Mentions

Cette étude de cas SSHAP a été élaborée par **Monica Ramos** et **Gregory Bulit**, du Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF).

Référence : Ramos, M. et Bulit, G. (2020) *Participation avec une population exposée au choléra en Haïti : Trouver leurs propres solutions*, Étude de cas SSHAP Numéro 5, UNICEF, IDS et Anthrologica.

Ce document a été financé par l'UNICEF et le bureau de l'agence des États-Unis pour le développement international (USAID) du bureau des États-Unis pour l'assistance à l'étranger en cas de catastrophes naturelles (OFDA). Toutefois, les opinions exprimées ci-après sont celles de l'(des) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de l'USAID, de l'OFDA, ou des partenaires de la plateforme Social Science for Humanitarian Action (SSHAP).



Ceci est un document en libre accès distribué selon les modalités de la version 4.0 de la licence internationale Creative Commons Attribution (CC BY), qui autorise l'utilisation, la distribution et la reproduction sans restriction sur tout support, à condition que les auteurs d'origine et la source soient crédités et que toute modification ou adaptation soit indiquée. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode.fr>

© SSHAP 2020