

Impliquer les Communautés

Document d'orientation pour une meilleure approche et coopération avec les communautés



©Doris Burtscher

Contenu

A propos	1		
Liste des abréviations et acronymes	3		
1^{ère} Partie – L'approche communautaire : concepts et problématique	4	3^{ème} Partie – Exemples d'outils et de méthodes	20
1 Qu'est-ce qu'une communauté ?	4	1 Introduction aux méthodes qualitatives	20
2 L'approche basée sur la communauté et l'approche communautaire	4	2 Qu'est-ce que la recherche qualitative ?	20
3 Le concept de culture	6	3 Quand utilise-t-on les méthodes qualitatives ?	20
4 Accès culturel	6	4 Démarrage	21
5 L'approche participative	7	5 Déontologie	21
6 Le concept d'anthropologie médicale	8	6 Échantillonnage	23
7 Pourquoi l'anthropologie et l'anthropologie médicale pour les sciences de la santé et l'approche communautaire ?	8	7 Information et collecte de données	23
		7.1 Interviews individuels	23
		7.2 Interviews de groupe	24
		7.3 Méthodes participatives	25
		8 Validation des données	27
		9 Gestion des données et des analyses	28
		10 L'approche PHAST ou CLTS	29
2^{ème} Partie – Pas à pas	10	Annexe	
1 ^{ère} étape : évaluation – comprendre le contexte	10	1 Principes de base pour une approche communautaire	30
2 ^{ème} étape : établir le contact avec la communauté	12	2 Étapes-clés pour impliquer la communauté	30
3 ^{ème} étape : la conception d'un projet participatif	14	3 Définitions	33
4 ^{ème} étape : mise en œuvre du projet	17	4 Références	34
5 ^{ème} étape : Suivi et évaluation	18		
6 ^{ème} étape : stratégie de sortie	19		

A propos

Ce document d'orientation se réfère au travail de ces dernières années entre L'Unité d'Évaluation de Vienne et MSF-OCBA. Ce document vise à souligner l'importance de l'anthropologie médicale comme un outil supplémentaire et alternatif permettant de mieux comprendre les perceptions de la santé et de la maladie dans les communautés. Ce document d'orientation entend donc conforter le travail effectué par les équipes de terrain lorsqu'elles approchent les communautés et souhaitent les impliquer dans leur travail.

Impliquer les communautés dans la conception des programmes et leur mise en œuvre n'est pas nouveau. Il existe cependant une demande croissante de clarification sur la manière de procéder. Impliquer les communautés n'a jamais été une priorité chez MSF qui se concentre habituellement sur les urgences. Cependant, certains programmes à moyen-terme appliquent de plus en plus ces approches.

Travailler avec les communautés nécessite une compréhension approfondie de leur culture, tradition et comportement sociale. Cette compréhension des spécificités locales, contextuelles et culturelles aidera à concevoir des programmes qui répondent de façon adaptée aux besoins des bénéficiaires. Adopter un rapport de respect mutuel et de compréhension avec la population touchée doit être au cœur de toute approche et intervention.

Travailler avec les communautés peut renforcer la pertinence et l'impact d'un projet humanitaire. Cela peut permettre aussi de minimiser voire d'éviter les conséquences négatives comme conforter les implications positives pendant et après le projet.

Au-delà du soutien médical aux patients, le soutien social se présente comme un facteur-clé largement couvert par une coopération avec les communautés d'où proviennent les patients.

Les activités de soutien social comprennent : les activités de promotion de la santé, les aides-soignants à domicile, les travailleurs de santé communautaires, le soutien aux soins contre le VIH/SIDA et la TB, le support psycho-social, etc.

Il n'existe pas qu'un seul schéma d'approche basée sur la communauté étant donné que chaque contexte d'intervention est spécifique. Une analyse qualitative des déterminants socioculturels, qui impliquent tous les membres de la communauté, est donc initialement indispensable. Elle permet de concevoir et de s'accorder sur les meilleures stratégies à adopter.

Ce guide contient trois parties :

La première partie aborde les concepts et la problématique de l'approche communautaire telle que nous les concevons au sein de MSF. Elle fournit des explications générales sur la culture, l'accès à la culture de l'autre, et l'anthropologie médicale.

La deuxième partie décrit pas à pas l'approche basée sur la communauté : du planning à la prise de contact jusqu'à qu'à la mise en œuvre.

La première et la deuxième partie résument les lignes directrices de l'approche basée sur la communauté. Pour des informations complémentaires veuillez consulter UNHCR (2008) « A community-based approach in UNHCR operations » et URD (2010) « Participation handbook for humanitarian and field workers, Part I-XI ».

La troisième partie traite des outils requis pour l'évaluation qualitative des besoins, l'analyse du contexte et les études des déterminants socioculturels.

Ce document d'orientation est conçu pour vous conforter dans le lancement d'une approche basée sur la communauté selon les principes, les valeurs et les politiques des programmes au sein de MSF. Il se veut d'éclairer la portée d'une

approche communautaire et sa façon de la mettre en œuvre sur le terrain. Ce document contribuera aussi à vous aider à utiliser cette approche dans le cadre de votre projet.¹

Vous êtes cordialement invités à contribuer à ce document en envoyant vos commentaires à :
doris.burtscher@vienna.msf.org

¹ NB tous les exemples cités sont issus des expériences des expatriés de MSF.

Liste des abréviations et acronymes

ARV	antirétroviral
CLTS	anglais : <i>Community-led Total Sanitation</i> , français : l'assainissement total piloté par la communauté
IEC	information éducation communication
MSF	Médecins sans Frontières
OCBA	centre opérationnel de Barcelone-Athènes
ODF	défécation à l'air libre
ONG	organisation non gouvernementale
PHAST	anglais : <i>Participatory Hygiene and Sanitation Transformation</i> , français : transformation participative en hygiène et en assainissement
RDC	République Démocratique du Congo
SIDA	syndrome immunodéficientaire acquis
SWOT	anglais : <i>Strengths, Weaknesses/Limitations, Opportunities, Threats</i> , français : forces, faiblesses/contraintes, opportunités, menaces
TB	tuberculose
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

1^{ère} partie – L'approche communautaire : concepts et problématique²

1 Qu'est-ce qu'une communauté ?

Nous pouvons définir la « communauté » comme étant un groupe de personnes qui se reconnaît ou est reconnu par des personnes extérieures comme partageant des caractéristiques culturelles, religieuses ou sociales ainsi qu'un passé et des intérêts communs. Idéalement, une communauté forme une identité collective avec des objectifs partagés. En revanche, ce qui est perçu de l'extérieur comme une communauté peut s'avérer n'être en fait qu'une entité composée de nombreux sous-groupes ou sous-communautés. Et qui peut être divisée en clans ou castes ou par classe sociale, langue ou encore religion.

C'est le cas, par exemple, des réfugiés et des déplacés intérieurs vivant dans une communauté provisoire, souvent avec des nationalités, religions, langues, ethnies et antécédents

En 2005 à Monrovia au Libéria, dans les camps des déplacés internes, bien que les gens issus de communautés différentes de tout le pays aient vécu ensemble dans les camps depuis des années, ils continuaient à s'identifier aux villages de leurs régions d'origines. Ces personnes se percevaient comme appartenant à leurs lieux d'origine plutôt qu'à la communauté avec laquelle ils vivaient dans le camp.

² Cette section est adaptée du HCR 2008 et de l'URD 2010.

différents, qui ne se perçoivent pas comme appartenant à cette communauté ou à ce groupe, tout en ayant cependant, toujours une communauté à laquelle ils s'identifient.

Qu'elles vivent en camps, en centres de passage et d'accueil ou en résidences urbaines, ces personnes ne choisissent souvent pas leurs voisins car elles n'ont pas d'alternatives économiques, pas de liberté de circulation et subissent les décisions qu'on leur impose en matière d'habitat.³

2 L'approche basée sur la communauté et l'approche communautaire

Une « approche basée sur la communauté » est un moyen de travailler en partenariat avec les personnes concernées à toutes les étapes d'un cycle de programme. Elle nous invite à comprendre et à intégrer le contexte politique, la population d'accueil, les rôles dévolus à chaque sexe, la dynamique communautaire, les risques de la protection, les préoccupations et les priorités. Une approche basée sur la communauté renforce la dignité et l'amour-propre des personnes concernées et responsabilise tous les acteurs.⁴

« L'approche communautaire » ou « l'implication communautaire », selon la politique de MSF, implique la compréhension des besoins médicaux et paramédicaux de la communauté et sa possibilité d'accéder aux services afin d'améliorer

³ (UNHCR, 2008, 14)

⁴ (UNHCR, 2008, 14)

l'impact médical. Dans ce but, nous travaillons étroitement avec les communautés concernées tout en prenant en compte les spécificités du contexte local (pays islamiques, conflits armés, catastrophes naturelles...), du pays (africain, asiatique, latino-américain, etc.) et du programme (violence, santé mentale, nutrition, VIH/SIDA ou TB).

Les études culturelles qualitatives et les évaluations des communautés concernées forment un principe de base qui prend en compte les perceptions culturelles des besoins « médicaux », la santé, la maladie, la pathologie et l'accès aux soins.

À Addis Zemen en Éthiopie, lors d'une session de pré-test d'un dépliant, il s'est avéré que la majorité des participants avaient des difficultés à identifier la signification des images, alors que nous pensions que les photos reflétaient leurs propres communautés et activités quotidiennes. Ceci vient du fait que nous avons été formés inconsciemment au comment percevoir des matériaux visuels et nous supposons généralement que tout le monde devrait donc les percevoir de la même manière.

Dans le contexte de l'approche communautaire il est important de distinguer entre travailler **DANS** les communautés par des programmes de proximité, des cliniques mobiles ou de petits centres de santé et travailler **AVEC** les communautés ce qui correspond à l'approche communautaire déjà décrite.

Travailler **AVEC** les communautés signifie que les communautés participent activement aux soins médicaux ou non (comme des séances de sensibilisation) fournis via un transfert des tâches (ex. réaliser les tâches diagnostiques tels les tests de dépistage du VIH ou du paludisme ou fournir un

traitement en ARV aux communautés). Ces tâches sont effectuées par les agents communautaires de santé ou aides à domicile. Ils peuvent faire partie ou non de l'équipe MSF.

Dans le projet MSF de santé mentale auprès des réfugiés palestiniens à Beyrouth-sud, l'approche communautaire se traduit par un recours à des ONG différentes à l'intérieur et à l'extérieur du camp. Ces ONG font partie de la communauté et ont été mise en place à leur demande.

Dans son projet VIH/SIDA et TB au Swaziland, l'implication communautaire se pratique en coopération avec les chefs traditionnels dans les zones rurales en utilisant les chefferies pour différentes activités, comme la sensibilisation, la promotion de la santé et l'examen et les conseils VIH. Cette démarche a été initiée à la demande du chef de la communauté.

Au Zimbabwe nous avons proposé d'impliquer la communauté en collaborant avec les guérisseurs traditionnels afin d'encourager leurs malades au dépistage du VIH.

Au Tchad, MSF coopère avec une ONG locale pour une approche communautaire afin de sensibiliser la population aux conséquences médicales et sociales ainsi qu'aux risques associés de la mutilation génitale féminins.

Au Mozambique, MSF travaille avec les groupes ART communautaires (CAG). Ils facilitent la distribution mensuelle des ART à d'autres membres de la communauté (c-à-d malades stabilisés depuis six mois sous ART), suscitent l'adhésion et le soutien social, suivent les résultats et s'assurent que chaque membre du groupe aille au moins une fois tous les six mois à la consultation clinique. (Decroo, 2011)

Quelle pourrait être la motivation de MSF pour une approche basée sur la communauté ?

- Assurer l'impact positif de nos interventions
- Améliorer la souplesse
- Contribuer à réduire ou éviter l'impact négatif de nos interventions
- Augmenter les ressources et l'expertise disponible pour un projet
- Augmenter la pertinence du projet
- Améliorer la gestion du projet
- Accroître l'efficacité du projet
- Accroître la performance du projet
- Établir des rapports de respect mutuel et de compréhension
- Consolider les acquis
- Intégrer le projet dans l'environnement social et institutionnel
- Améliorer le système de référence
- Contribuer à améliorer les stratégies (IEC, promotion de la santé)
- Élargir l'accès aux services de santé
- Augmenter le degré d'acceptation de notre action

3 Le concept de culture

Les anthropologues ont fourni pléthore de définitions de la « culture », la plus connue étant celle de Taylor en 1871 : « Cet ensemble complexe qui englobe connaissances, croyances, art, morales, droit, coutumes et toutes autres compétences et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société »⁵. La culture est un ensemble de directives héritées par les individus en tant que membres d'une société donnée et qui lui enseigne comment percevoir le monde, comment l'éprouver émotionnellement et comment se comporter à l'égard des autres, des éléments, des dieux et de la nature. Jusqu'à un certain point, la culture peut être considérée comme le « prisme » par lequel un individu perçoit et comprend le monde qu'il habite et où il apprend à vivre.

4 Accès culturel

L'accès culturel fait référence aux difficultés qu'affrontent les étrangers dans leurs rapports avec une communauté locale en raison des obstacles linguistiques, comportementaux ou culturels entre autre. Ceci est d'une importance toute particulière pour le personnel expatrié et les organisations d'aide internationale, mais qui se révèle aussi pertinent dans le cas d'une organisation d'aide nationale venant d'une autre région ou lorsque le niveau culturel est différent de celui de la population touchée. Les différences de milieu social,

⁵ (Taylor, 1889)

d'éducation, de langue ou d'accent, par exemple, peuvent créer une distance entre les agents d'aide et les membres de la population touchée. Il est donc essentiel de travailler avec des personnes qui peuvent servir de traducteurs mais aussi pouvant aider à interpréter différents signes et à construire des « passerelles culturelles ». Il est important d'avoir un bon intermédiaire à l'intérieur de la population affectée qui peut aider à contacter des acteurs et des groupes clés.⁶

5 L'approche participative

La participation communautaire est l'implication des personnes dans les activités d'intérêt général et la poursuite d'objectifs partagés. C'est une démarche essentiellement volontaire, centrée sur un objectif, travailler pour une cause commune dont le but est le bien-être ou le développement d'un peuple. Les solutions doivent s'adapter aux capacités de la communauté et doivent être acceptables à tous ses membres.

→ Lors d'intervention humanitaires, une approche participative engage les personnes et les communautés dans la réponse humanitaire, par tous les moyens et dans la pleine mesure du possible, selon le contexte.

→ La participation peut rendre une réponse humanitaire plus performante et plus efficace, plus adaptée aux besoins réels, et aider à identifier les moyens les plus pertinents à mettre en œuvre.

→ Les individus et les communautés peuvent être directement impliqués dans les actions humanitaires ou indirectement par le biais des représentants communautaires. Dans les deux cas on se doit d'être attentif à ce que les plus vulnérables et les plus marginalisés soient aussi impliqués.⁷

À Yambio au Sud Soudan, le service MSF pour les gens souffrants de la maladie du sommeil est resté vide, malgré plusieurs cas identifiés. Lorsque les communautés se sont impliquées dans de nouveaux lieux de dépistage, le nombre de cas soignés a considérablement augmenté.

MSF n'étant pas une organisation de développement, l'approche participative dépendra en grande partie des déterminants socioculturels, du contexte sécuritaire (ex. la RDC ou la Somalie), des objectifs médicaux (MSF ne prodiguera pas forcément de soins contre le cancer même si la communauté y voit un besoin), des moyens et des ressources disponibles tout en considérant la durée du projet.

⁶ (URD, 2010, chapitre II, 60)

⁷ (URD, 2010, chapitre I, 44)

Lors de l'ouverture d'un projet de santé, une communauté peut demander des traitements pour lutter contre le cancer et cette demande peut aussi correspondre à un vrai besoin. MSF ne répondra pas forcément à ce besoin, car ses choix sont fondés non seulement sur les besoins de la communauté mais aussi sur l'identité, les principes et les impératifs opérationnels de MSF.

Pour plus d'information voir URD (2010) « Participation handbook for humanitarian and field workers, Part I-XI ».

6 Le concept d'anthropologie médicale

En tant qu'organisation médicale humanitaire, MSF considère que l'anthropologie médicale est un important facteur d'analyse des contextes culturels, du système de santé en place et des comportements en matière de santé. Ces éléments inhérents jouent un rôle fondamental lorsqu'on envisage une approche communautaire culturellement adaptée. « *Medical anthropology is about how people in different cultures and social groups explain the causes of ill health, the types of treatment they believe in, and to whom they turn if they do get ill.* »⁸ Dans toutes les sociétés humaines, les croyances et les pratiques concernant la maladie sont des caractéristiques centrales de la culture. Elles sont souvent

⁸ (Helman, 2000, 1) Traduction : L'anthropologie médicale explore la manière dont les personnes de cultures différentes et les groupes sociaux s'expliquent les causes de la maladie, les types de traitement auxquels ils croient et à qui s'adresser s'ils tombent malades.

liées aux croyances sur l'origine d'une gamme bien plus large de malheurs (incluant les accidents, les conflits entre personnes, les catastrophes naturelles, les mauvaises récoltes, le vol ou la perte), la maladie n'étant qu'un malheur parmi d'autres. Dans certaines sociétés, toute la gamme des malheurs est attribuée aux forces surnaturelles, à une punition divine ou à la malveillance d'une sorcière ou d'un magicien. Les valeurs et les coutumes associées à la maladie font partie d'une culture plus large et ne peuvent être étudiées isolément. Il n'est pas possible de comprendre vraiment la façon dont les gens réagissent à la maladie, à la mort ou à tout autre malheur sans comprendre le type de culture qui les a façonnés et dans laquelle ils ont grandi, c'est à dire le « prisme » par lequel ils perçoivent et interprètent le monde.

7 Pourquoi l'anthropologie et l'anthropologie médicale pour les sciences de la santé et l'approche communautaire ?

Si aucune information n'est disponible, MSF demandera à un anthropologue de réaliser une étude afin d'analyser le comportement des gens confrontés à des problèmes de santé, leurs perceptions de telle ou telle maladie, de son traitement, etc. Généralement, une analyse anthropologique s'impose lorsqu'on envisage un programme de promotion de la santé. Partant de l'analyse de l'étude anthropologique, on formule des recommandations qui seront ensuite utilisées pour développer les messages de promotion de la santé pour les stratégies d'intervention préventive.

Kiefer explique la pertinence de l'anthropologie et de l'anthropologie médicale pour les sciences de la santé et l'approche communautaire dans la mesure où ces disciplines :

« [...] provide health professionals with a set of tools for understanding health and illness according to the social perspective. This perspective is important because it shows the important relationship among health and culture, environment, economics, history and individual thought and action. Anthropology teaches us how to think about human lives and communities as complex systems of which health is just one integral part. It teaches us how to understand the unspoken assumptions, feelings, logic, and communication habits that people use in everyday life and in health practice. »⁹

Afin de promouvoir la santé et de prévenir la maladie il est essentiel d'encourager une réflexion critique et un dialogue conjoint afin de construire ensemble la meilleure stratégie pour favoriser le bien-être de tous. Les personnes ont différentes façons de comprendre le monde, ainsi afin d'atteindre cet objectif :

⁹ (Kiefer, 2007, 19) Traduction : [...] donnent aux professionnels de santé une palette d'outils pour comprendre la santé et la maladie selon une perspective sociale. Une telle perspective est importante parce qu'elle met en lumière le rapport essentiel entre la santé, la culture, l'environnement, l'économie, l'histoire d'une part et la pensée et l'action individuelles de l'autre. L'anthropologie nous apprend à réfléchir sur la vie humaine et sur le fait que les communautés sont un ensemble de systèmes complexes dont la santé en est une partie intégrante. Elle nous apprend à comprendre les sous-entendus inexprimés, les sentiments, la logique et les habitudes de communication utilisées tous les jours ou en cas de problèmes de santé.

« [...] it is important to know the ways in which people are now thinking and acting that may affect their health, and what kinds of new actions will make sense to them and help them accept changes. Anthropology offers a powerful, systematic way of understanding what factors are affecting people's health, and how to evaluate public health plans that affect people's behaviour. »¹⁰

Une bonne connaissance des enjeux culturels est nécessaire pour permettre aux équipes MSF d'aborder des questions de santé extrêmement sensibles, comme le traitement traditionnel du corps pendant les épidémies hautement contagieuses (Choléra, Ébola, Marburg, etc.) par exemple.

Si les femmes de Makoko, Nigéria, ne venaient pas au centre de santé MSF c'est parce qu'elles croyaient, entre autres, que MSF allait garder le placenta à des fins rituelles.

¹⁰ (Kiefer, 2007, 8) Traduction : [...] il est important de comprendre ce que pensent les gens, comment leur comportement actuel peut influencer sur leur santé et quelles seraient les initiatives susceptibles d'être comprises afin de faire en sorte que le changement soit accepté. L'anthropologie fournit un moyen puissant et systématique pour détecter les facteurs qui influent sur la santé des gens et élaborer des plans de santé publique susceptibles de faire évoluer les comportements.

2^{ème} Partie – Pas à pas¹¹

Dans cette section on donnera un aperçu global des différentes étapes de l'approche basée sur la communauté : évaluation du contexte, conception du projet, procédure de prise de contact avec la communauté, mise en œuvre du projet, suivi et évaluation et finalement la mise en place d'une stratégie de sortie.

1^{ère} étape : évaluation – comprendre le contexte¹²

L'objectif principal d'une évaluation est de fournir une compréhension globale et intégrée d'un contexte, des parties prenantes concernées, des problèmes qu'affrontent les personnes qui sont touchées directement ou indirectement ainsi que des stratégies qu'ils ont mis en place pour répondre à la situation/ contexte. Les données collectées lors de l'évaluation doivent être continuellement mises à jour, complétées et validées par d'autres sources et d'autres types d'information. L'évaluation se doit de prendre en compte le point de vue de groupes de population variés. Pour une information plus détaillé veuillez consulter Koscalova (2012) « Assessment Toolkit, part I ».

¹¹ Cette section est adaptée de (UNHCR, 2008) et (URD, 2010).

¹² Les outils d'évaluation et les études qualitatives sont présentés à la page 10.

Les principes MSF d'impartialité, de neutralité, d'indépendance et la façon dont ils seront perçus vont dépendre des personnes ou groupes avec qui on s'engagera et sur la façon dont on procédera.

À Jacmel en Haïti les responsables religieux tels que les prêtres, les pasteurs, les imams et les vaudouistes étaient très attentif à qui, parmi eux, avait reçu les premières visites de MSF. Certains d'entre eux inter-prétaient cela comme une préférence de la part de MSF à une croyance plus qu'à une autres. Ce qui explique pourquoi il est crucial de fournir des explications détaillées de la charte MSF (les principes d'impartialité, de neutralité, d'indépendance et de déontologie, etc.)

À Beltbridge au Zimbabwe, les chefs de la communauté étaient si engagés auprès de leur population qu'ils souhaitaient être formés afin de pouvoir transmettre leurs nouvelles connaissances à leur communautés respective.

L'évaluation constitue souvent la première rencontre avec la population et doit être abordée en retenant les points suivants :

- Présentez-vous ouvertement et facilitez la création d'un espace de dialogue ;
- Analysez le contexte et ses conséquences en utilisant une approche holistique (en regardant les différents aspects culturels et la façon dont ils interagissent et pourquoi) ;
- Analysez et discutez les besoins et les demandes avec la population.

Lors de la préparation de la première visite de terrain, informez au préalable la population et organisez une réunion avec les chefs et/ou les anciens de la communauté.

- Choisissez avec soin vos intermédiaires et les personnes avec lesquelles vous vous engagerez au départ, cela va déterminer la qualité des contacts que vous aurez tout au long de l'étude ou limiter votre accès à certains groupes.
- Recherchez les rites et traditions; respectez-les et suivez la hiérarchie sociale reconnue.
- Lors de votre visite initiale vous devez vous présenter, expliquer qui vous êtes et pourquoi vous êtes venu. Assurez-vous que votre comportement induise le respect mutuel et favorise un dialogue ouvert. Écoutez attentivement et donnez aux gens l'occasion de s'exprimer et de poser des questions.
- Expliquez l'objectif et les techniques que vous comptez employer.
- Portez une attention particulière aux attentes que vous pourriez susciter. Clarifiez votre façon de travailler et ce que vous pouvez et ne pouvez pas faire.

Comprendre le contexte et la façon dont les populations le perçoivent et organisent leurs propres vies dans un environnement donné peut fournir des informations fondamentales pour l'analyse de problèmes et pour l'identification des rapports de cause à effet. Histoire, géographie, environnement et culture façonnent la vie des gens, les problèmes qu'ils affrontent et leur façon d'y répondre.

Les données sur l'environnement géographique, social, culturel et économique nous fournissent des informations sur :

- les activités de production et les opportunités économiques ;
- les aspects sociaux et culturels (sites religieux, principaux points de rencontre...) ;
- l'accès à l'éducation (écoles) ;
- l'accès à la santé (centres de santé, postes de santé, hôpitaux...) ;
- les contraintes géographiques et environnementales.

Comprendre l'organisation sociale et la culture d'une population implique beaucoup de différents enjeux, dont nombreux se trouvent changés en cas de crise :

- culture, valeurs religieuses et pratiques ;
- composition ethnique ;
- rapports entre les sexes ;
- rôles des classes d'âge et leurs rapports ;
- hiérarchies sociales (ex. basées sur les castes, la religion, l'ethnie, la langue et la prospérité) ;
- langages.



Pour démarrer la discussion, vous pouvez essayer de décrire votre société et votre culture. N'oubliez pas que les organisations humanitaires en général et MSF en particulier ont une vision ponctuelle du contexte. Le personnel expatrié ne séjourne que quelques mois, alors que la population locale doit faire face aux difficultés tous les jours.

Besoins « réels » versus besoins « perçus »

Une variété de facteurs influence la façon dont les gens perçoivent les besoins. Lorsque les besoins sont exprimés, culture, religion, moyens d'existence et perception de l'environnement peuvent être des facteurs moteurs. Les expériences antérieures de crise et d'aide humanitaire peuvent aussi influencer la façon dont les gens exprimeront leurs besoins. La population peut exprimer un besoin de soins médicaux lorsqu'elle est approchée par une organisation médicale. Ainsi, une population exprime souvent ses besoins en fonction de ce qu'elle sait ou pense qu'on peut lui fournir.

Besoins exprimés et non exprimés

Certains besoins pourraient ne pas émerger parce que les participants ne les perçoivent pas, pensent qu'on ne peut y répondre ou parce qu'ils sont gênés ou n'osent pas s'exprimer. Les femmes, par exemple, peuvent être mal à l'aise quand il s'agit de parler de santé sexuelle et reproductive à des évaluateurs. D'où la nécessité de mettre en place des équipes mixtes, homme et femme.

Au Swaziland beaucoup de gens ne voulaient pas parler du VIH et du SIDA devant les membres de la famille ou des voisins. Il est important d'accorder une attention particulière et de prendre en compte ces demandes généralement inexprimées.

2^{ème} étape : établir le contact avec la communauté

Analyse des parties prenantes

L'analyse comprend tous les individus ou groupes susceptibles d'être touchés par une action donnée et qui ont donc un intérêt particulier à participer à son organisation ou peuvent influencer l'opération. Les parties prenantes sont celles qui participent à l'opérationnel et à la mise en œuvre, les autorités nationales et locales, les membres de la communauté tels les responsables et les chefs traditionnels, la société civile (ONG locales, groupes de femmes, groupes de droits de l'homme...), les membres des conseils d'administration des écoles, les organisations religieuses ou encore les communautés d'accueil et leurs organisations.

→ Qui va participer ?

- Avec qui va-t-on travailler ? Membres individuels ou groupes communautaires ?
- Comment est organisée la communauté ?
- Comment aborde-t-on le risque de stigmatisation et la violation des droits de l'homme si une collaboration avec MSF engendre malheureusement cela ?

→ Comment va-t-on « stimuler (ou créer) » la participation ?

- Comment éviter la discrimination envers les participants ?

- Comment mettre en œuvre les activités pour assurer la sécurité de la population touchée ?¹³

Membres internes à la communauté versus membres externes

Un membre interne de la communauté est une personne qui en est très proche ou qui vient de cette même communauté. Il possède une connaissance approfondie et une expérience de la façon dont cette communauté fonctionne et sait ce qu'elle a subi.

Un membre externe est une personne nouvelle à la communauté et peut aider à aborder les problèmes sans être influencé ni par les intérêts locaux, ni par son implication émotionnelle.¹⁴

1. Identifier vos partenaires

Comme première étape on pourra envisager de cartographier les organisations intervenant dans la zone géographique et le secteur d'opérations (médicales, etc.). Il s'agira ainsi d'éviter la duplication d'activités et de trouver des partenaires potentiels pour collaborer et mutualiser les ressources. S'il est important d'inclure les ONG il est important aussi de ne pas négliger les entités sociales officielles telles les villages et les groupes de femme.

¹³ (URD, 2010, chapitre III, 82)

¹⁴ (URD, 2010, chapitre III, 85)

2. Définir et communiquer les principes du partenariat

Arriver à un accord avec vos partenaires sur :

- les intérêts communs de la mise en place du partenariat ;
- une lecture partagée du contexte et la nécessité d'harmoniser la perception des besoins et des demandes.

Respecter l'autonomie des partenaires et soyez prêt à vous adapter à leurs demandes.

3. Clarifier les rôles et les responsabilités de chaque partenaire

- Un partenariat exige des deux ou de toutes les parties prenantes le partage des responsabilités de gestion et de mise œuvre du projet.
- Tous les partenaires sont tenus de mobiliser des ressources.
- Qui est impliqué dans la prise de décision et sur quelles questions ?
- Qui fait quoi lors de la mise en œuvre et le suivi du projet ?
- Il importe d'établir des règles et des mécanismes de sanction.
- Dans l'idéal le rôle de chaque partenaire devrait correspondre à son domaine d'expertise et à ses capacités financière, managériale et opérationnelle, tout en se gardant d'être réaliste.

En RDC, MSF a établi un partenariat en complément de ses activités médicales avec une ONG locale qui fournit un support socio-judiciaire aux victimes de violences.

4. Établir un mécanisme pour résoudre les problèmes

On peut discuter et se mettre d'accord sur les rôles et responsabilités respectifs, cela n'empêchera pas les divergences. Ainsi, un accord sur un mécanisme de résolution des conflits peut s'avérer très utile. Ce mécanisme devrait être spécifique à chaque contexte, puis planifié et discuté avec les parties concernées.

Dans beaucoup de contextes africains, un conseil des sages se réunit pour parvenir à résoudre le conflit. MSF pourrait former un conseil de résolution des conflits comprenant toutes les parties prenantes.

5. Rédiger un accord de partenariat

Rédiger les termes d'un accord par écrit et les faire signer par toutes les parties prenantes. Avec toutes les organisations officielles, comme les ONG locales, il est conseillé de signer un protocole d'accord, les partenariats avec les communautés pouvant être fondés sur un accord moral. Lorsqu'il n'existe pas d'organisation reconnue, il est possible de soutenir la création de nouvelles organisations ou de comités afin d'encourager un fort taux de participation et garantir une meilleure transparence.

Il importe de ne pas imposer une forme d'organisation qui soit étrangère à la culture locale et qui ne serait pas acceptée par la population concernée. Pour promouvoir la création de nouvelles entités il est important de puiser dans les références culturelles locales, dans les mécanismes traditionnels de consultation ou dans d'autres structures où la population s'identifie.

3^{ème} étape : la conception d'un projet participatif

Avant de concevoir un projet participatif, il est crucial d'arriver à un consensus sur une conception commune de la situation et des problèmes à affronter.¹⁵

Lors de cette phase, on utilisera les informations et les résultats de l'évaluation et de l'étude qualitative qui deviendront éventuellement les objectifs de programmes. Les solutions seront formulées en partant des problèmes identifiés. Les objectifs de l'approche communautaire seront fixés selon chaque solution.

1. Prioriser les objectifs

Après l'analyse des problèmes et la définition des objectifs, la prochaine étape consistera à définir une stratégie de mise en œuvre. Auparavant, les objectifs suivant doivent être priorités :

¹⁵ (URD, 2010, chapitre VIII, 162)

- objectifs familiers aux personnes et aux communautés (à cause de leur utilisation dans le passé) ;
- objectifs mis en avant par les participants ;
- objectifs réalisables (SMART) ;
- objectifs qui complètent les connaissances, les pratiques et les techniques locales.

Une fois ces objectifs analysés selon les critères établis, il est nécessaire de les prioriser en tenant compte de tous les éléments discutés. Ces décisions devraient être prises collectivement afin d'éviter des problèmes lors des étapes ultérieures.

2. Définir le projet

Une fois la liste des objectifs établie, on peut déterminer collectivement la stratégie du projet. Cette étape est cruciale car elle va définir vos engagements envers la population. Elle comprend :

- la clarification des objectifs du projet (c.-à-d., les enjeux qui seront abordés par le projet) ;
- les résultats ou débouchés du projet ;
- les indicateurs ;
- le groupe cible ;
- les activités pour atteindre les objectifs ;
- les ressources nécessaires à la mise en place des activités ;

- le dispositif institutionnel, la gestion et les stratégies de communication ;
- qui va faire quoi et qui va contribuer à quoi ?

Au Swaziland, les adolescents ont peur d'aller se faire tester pour le VIH à cause de la stigmatisation qui y est associée. Il a donc été mentionné dans plusieurs interviews que l'on pouvait se faire tester dans les écoles. Si cette solution est implantée, elle permettra peut-être aux adolescents d'utiliser ce service.

3. Définir les groupes cibles

La définition d'objectifs et de résultats est liée à la délimitation du groupe ciblé, c'est à dire le groupe qui va bénéficier directement du projet.

! Organiser une réunion concernant les groupes ciblés avec les membres de la communauté, avec d'autres parties prenantes et avec les autorités. Leur demander d'examiner alors les questions suivantes : Pourquoi faut-il cibler ces groupes ? Qui va être ou devra être ciblé ? Comment va-t-on cibler ces groupes ?

Partager avec la population, les autorités locales et les autres parties prenantes les tenants et aboutissants derrière le processus de ciblage.

- Être aussi efficace que possible pour diminuer la souffrance.
- S'assurer que les gens ou les groupes les plus vulnérables sont pris en charge.
- S'assurer que l'aide n'a pas d'impact pervers.

Dans plusieurs projets où MSF collaborait avec des travailleuses du sexe, il a été difficile de déterminer la perception de ces femmes sur leur conception d'une travailleuse du sexe. Elles ne se voyaient donc pas comme une population à risque.

À Beitbridge au Zimbabwe, les camionneurs ont été une des populations ciblées pour les activités IEC car ils refusaient majoritairement de porter des préservatifs avec les travailleuses du sexe.

4. Définir les activités et se mettre d'accord sur les contributions nécessaires

Élaborer le projet avec les parties prenantes pertinentes en spécifiant les ressources nécessaires pour chaque activité : Qui fournit quelles ressources ? Qui fait quoi ?

Se coordonner avec les autres organisations afin de s'assurer qu'on ne fragilise pas d'autres activités et que l'on n'affaiblit pas le projet face aux différentes stratégies déployées par d'autres. Au besoin, il sera éventuellement nécessaire de planifier des formations pour les participants.

Dans son projet VIH/SIDA au Swaziland, MSF a récemment commencé à travailler avec les guérisseurs traditionnels afin d'encourager les patients à se présenter au dépistage du VIH. Ces guérisseurs ont reçu une formation de l'équipe de soutien, d'éducation et de conseil au patient de MSF.

- Définir qui fait quoi et qui contribue à quoi.
- S'assurer que les membres de la communauté et les parties prenantes veulent réellement participer.
- S'efforcer de vérifier qui décide véritablement et de quelle manière les gens participent.
- S'interroger, en cours d'opération, sur les possibilités en termes de temps, de ressources matérielles et d'expertise des membres de la population et des parties prenantes locales: Comment leur participation pourrait-elle les affecter ? Quels sacrifices devraient-ils faire dans leurs activités, notamment leurs activités économiques et sociales ?
- Penser à la manière dont vous allez motiver les volontaires et définir la forme que prendront les incitations que vous allez leur donner ou expliquer pourquoi vous n'en donnerez pas.

Au Zimbabwe, MSF a mis à disposition des personnes fournissant les soins à domicile des bicyclettes afin de pouvoir se rendre plus facilement dans les communautés lointaines et visiter les patients éloignés.

Les femmes collaborant avec MSF en tant qu'expertes clients peuvent être en même temps les uniques personnes adultes au sein de la maison. Ainsi, elles sont les seules responsables du revenu de la maison et de la préparation de la nourriture. Il importe dès lors de faire attention à ce que les activités demandées par MSF ne les empêchent pas de prendre soin de leurs enfants, par exemple.

Concernant le projet VIH/SIDA et TB au Swaziland, les ressources sont partagées dans le sens où les responsables de la communauté et les chefs traditionnels se doivent de fournir et d'organiser les lieux où vont se dérouler les activités prévues (ex : sensibilisation, la promotion de la santé, l'examen et les conseils VIH).

Au Tchad, là où MSF a mis en place un programme de clinique mobile, les communautés sont en charge de préparer l'endroit où se déroulera la consultation pour les enfants malnutries ainsi que la distribution des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi.

4^{ème} étape : mise en œuvre du projet

La première étape de la mise en œuvre d'un projet consiste à établir le cadre général de gestion et les relations entre les parties prenantes impliquées. Cela fait partie de la stratégie du projet et elle est appliquée pendant la phase de mise en œuvre.

1. Ressources humaines

Quand on travaille directement avec les membres de la communauté, il est important que les intermédiaires entre MSF et la communauté soient clairement identifiés et connus de toutes les parties prenantes. Même chose pour les groupes avec lesquels MSF travaille (groupes de femmes, sages du village, guérisseurs traditionnels, etc.).

2. Communication

Assurez-vous que vos axes de communication sont clairs et fonctionnels et que toutes les parties prenantes les approuvent, à savoir les personnes impliquées dans l'organisation du projet, les bénéficiaires du projet, les membres de la population, les partenaires, les autorités concernées et les parties prenantes.

Les moyens de communication doivent être culturellement acceptables (et acceptés), performants et accessibles à l'ensemble de la population. Il est important d'accorder une attention au langage puisqu'il se peut que vous ne parliez pas la langue locale du contexte où vous travaillez. Prenez soin de choisir un traducteur qui est accepté, sensible envers l'égalité et l'origine ethnique et qui soit impartiale. Informer et former votre traducteur.

L'information est source de pouvoir, il faut donc vous assurer que les bonnes informations soient fournies à toutes les personnes concernées et que personne ne soit exclu du déroulement du projet.

Au Niger, MSF a engagé les radios locales pour sensibiliser les gens au programme et pour les informer de l'accès gratuit aux soins. Les messages de promotion de la santé sont aussi passés par la radio sous forme de chansons, etc.

Dans d'autres contextes MSF a fourni des téléphones portables à ses partenaires afin de pouvoir leur communiquer les réunions et les rassemblements.

3. Recrutement et organisation de l'équipe du projet

Le fort roulement du personnel peut avoir un impact négatif sur la participation et affaiblir la cohésion entre les membres de l'équipe et la population. Lors du recrutement de l'équipe, assurez-vous que les gens soient bien informés des compétences que vous recherchez, compétences participatives, capacité d'écoute et de communication, notamment avec la population. Assurez-vous d'engager un bon traducteur dont le sexe (genre) corresponde à la mission et qui soit représentatif de l'hétérogénéité des groupes ethniques. Il est important aussi d'accorder une attention à l'impact négatif que peuvent avoir les rapports de force au sein de la communauté.

4. Mobiliser les ressources locales

Le recours aux ressources locales, comme matérielles ou de services par exemple, peut stimuler les économies locales et aider les membres de la communauté. Ces matériaux et services peuvent comprendre, entre autres, la fabrication des rubans rouges ou de messages imprimés sur les T-shirts pour les activités de promotion de la santé.

5^{ème} étape : suivi et évaluation¹⁶

Les projets humanitaires se déroulent rarement comme prévus, et les situations peuvent changer, parfois subitement. Le suivi est donc capital.

En révisant votre approche participative, il convient de prendre en compte les enjeux suivants :

→ Qui a participé ? Qui n'a pas participé ?

- Rédiger une liste de personnes et d'institutions ou de communautés ;
- Sont-ils représentatifs de la population générale ?
- Des groupes ont-ils été exclus ?
- Certains groupes ont-ils été inutilement inclus ?

→ Comment les gens ont-ils participé et quelle a été l'efficacité de leur participation ?

¹⁶ Davantage d'informations sur la mise en place d'une évaluation sont disponibles dans le manuel Kämpf (2012) « Evaluation Manual: handbook for initiating, managing, and conducting evaluations ».

Au Maroc, MSF engage des agents de proximité. Ils viennent des mêmes pays et parlent la même langue que la population de migrants ciblés. Ces agents sont responsables aussi bien de la promotion de la santé qu'intermédiaires culturels entre la population de migrants ciblés et les centres de santé marocains.

6^{ème} étape : stratégie de sortie

Afin d'assurer la continuité des activités mises en œuvre, MSF doit définir et déployer une stratégie de sortie. La mise en place doit se faire dès l'ouverture du projet avec l'engagement avec la communauté. Elle peut en partie se faire par un accord avec le ministère de la santé (ex. en formant un comité communautaire et en l'associant au ministère de la santé afin de garantir sa reconnaissance et une bonne collaboration future). Définir clairement ce que l'on veut laisser et planifier sa sortie en se donnant suffisamment de temps et de ressources est crucial.

Idéalement un comité de pilotage de transfert de projet sera créé pour superviser le plan d'action, le suivre et adapter continuellement la stratégie de sortie aux modifications de contexte. Trois à six mois avant le départ de MSF, le comité de pilotage va évaluer la situation des objectifs et la date limite. Une évaluation finale sera réalisée, afin d'en tirer les enseignements sur les bonnes ou mauvaises pratiques.¹⁷

¹⁷ (MSF-UK, 2011)

3^{ème} Partie – Exemples d'outils et de méthodes

1 Introduction aux méthodes qualitatives

Pour évaluer les besoins, comprendre les problèmes, évaluer les interventions, on utilise de préférence des méthodes qualitatives. L'objectif des chercheurs est de parvenir à une compréhension approfondie du comportement humain et des motifs qui gouvernent telle ou telle attitude. La méthode qualitative enquête sur le pourquoi et le comment de la prise de décision et non pas uniquement sur le quoi, le où et le quand. Le plus souvent, plutôt que de prendre en compte des grands échantillons, nous aurons à considérer des petits échantillons mais bien concentrés. Les études qualitatives cherchent des réponses aux questions qui font partie du quotidien des populations en question. Elles collectent ce qu'elles voient, entendent et lisent provenant de personnes, d'endroits, d'événements et d'activités.

Ce chapitre donne une rapide et globale vue de la recherche qualitative et de ses méthodes. Pour davantage d'informations veuillez consulter Koscalova (2012) « Assessment Toolkit, part I ».

2 Qu'est-ce que la recherche qualitative ?

Les méthodes qualitatives s'appliquent à comprendre le comportement et les perceptions des communautés touchées. Différentes des méthodes quantitatives qui four-

nissent des réponses mesurables aux questions de combien ou encore à quel intervalle, les méthodes qualitatives répondent aux questions du pourquoi et encore du comment ?

Le but de la recherche qualitative est de comprendre certains aspects d'un univers social pour générer des connaissances utilisables dans ce contexte précis.

3 Quand utilise-t-on les méthodes qualitatives ?

Pré-planning

Avant de planifier l'approche communautaire, les méthodes qualitatives aident à définir le groupe cible au sein de la communauté. Les objectifs de l'intervention peuvent être définis à partir de telles recherches.

Pendant le projet

Lors du déroulement du projet, les méthodes qualitatives permettent d'évaluer notre approche communautaire, de vérifier si l'on remplit les objectifs et les besoins, et de voir si l'approche est pertinente pour répondre aux problèmes respectifs de chaque pays. On recourt aussi aux méthodes qualitatives en cas de malentendus culturels, pour améliorer les connaissances sur la culture et la perception de la population cible. Par exemple, notre collecte de données quantitative nous informe que les femmes viennent à nos cliniques bien moins souvent que prévu, mais ne nous ne dit pas pourquoi.

Post-projet

Une évaluation peut analyser l'intervention concernée (sa mise en œuvre, sa conception, ses résultats...).

4 Démarrage

Pour éviter la duplication des recherches et avant de penser à la mise en place d'une étude, il faut envisager les points suivants:

- Réaliser une revue critique des documents et de la littérature disponibles.
- Qu'est-ce qui est déjà connu ? Quelles sont les lacunes ?
- Ayez un principe directeur – pourquoi votre étude est-elle importante ?
- Quelles améliorations méthodologiques concernant les recherches antérieures sont nécessaires ?

Le processus de démarrage peut se diviser en trois phases : formulation de votre question ; rédaction de la proposition ; sélection de vos participants.¹⁸

Question de recherche

- Identifier la bonne question, c'est déjà faire la moitié du chemin ! QUELLE est la question à laquelle vous voulez répondre ?
- Lors d'étude qualitative, la question est primordiale puisqu'elle donne forme à la conception de l'étude.
- La question devrait proposer une solution à un besoin opérationnel ou à un dilemme.
- La ou les questions ne devrai(en)t pas être trop générales.

¹⁸ Les méthodes d'échantillonnage sont discutées au chapitre 6.

Proposition

Rédiger la proposition ou les termes de référence et formuler les objectifs généraux et particuliers. Décider des méthodes que vous allez utiliser, élaborer l'approche théorique et les méthodes de collecte et d'analyse des données.

Indications pour la méthodologie

- Décrire les méthodes que vous allez utiliser : nombre et type d'interviews (enregistrement, notes...)
- Méthodes de recrutement : indiquer et justifier le lieu de l'étude, les participants, expliquer pourquoi ils ont été choisis ;
- Qui va conduire les interviews ?
- L'envergure de l'enquête ;
- Déontologie (accord, confidentialité...)
- Traducteur ;
- Collecte de données ;
- Analyses des données.

5 Déontologie

La déontologie repose sur quatre principes fondamentaux :

- Respect de l'autonomie : respects des droits individuels
- Bienfaisance : faire du bien
- Non malfaisance: ne pas nuire
- Justice

Étudier avec soin le contexte dans lequel vous travaillez et à quel point le sujet est sensible : est-ce que la question pourrait traumatiser votre interlocuteur ou le mettre mal à l'aise ou lui faire craindre des conséquences ?

Deux aspects déontologiques-clés doivent toujours être pris en compte:

- Le consentement : tout participant doit donner son accord sans être forcé ou mis injustement sous pression. Les participants doivent être bien informés de ce qu'implique leur participation.
- La confidentialité : un des principes les plus importants en éthique médicale. La recherche qualitative a lieu sur le terrain avec les gens qui vivent et travaillent là. Ces personnes sont connues du chercheur, et si leur identité n'est pas protégée, ils seront peut-être connus de tous ! Protéger leur intimité (identité, nom et rôle spécifique) et traiter les informations confidentiellement (c.-à-d. ne pas les partager en employant les véritables identités). S'assurer qu'aucune personne non autorisée ne puisse accéder à vos données.

Traducteur

Sélectionnez soigneusement votre traducteur et prenez le temps de le/la briefer. Si nécessaire trouvez un endroit privé pour le faire. Très souvent, il faut mettre en adéquation le genre ou l'ethnie des interviewers et interprètes avec le genre et l'ethnie des interviewés.

Réfléchissez à comment deux personnes de cultures différentes peuvent travailler ensemble, ce qu'elles ont en commun, quelles peuvent être leurs différences, quels moyens de communication sont utilisés, acceptables et adaptés.

Influence de la culture et de la perception

- Communication entre personnes
- Chercheur – traducteur – participant
- passé culturelle : valeurs et croyances
- Traducteur : sexe, âge, religion, relations de pouvoir, statut dans la communauté
- Expérience personnelle

Par exemple, comment nous (MSF/occidentaux) abordons-nous l'autorité traditionnelle dans un pays musulman ? Réfléchir sur les questions sensibles à aborder, l'influence éventuelle d'une formation personnelle, l'influence du sexe, de l'âge et de la religion, l'importance de l'expérience personnelle et l'importance de travailler avec un traducteur.

Même si vos interviewés vous font confiance, il se peut qu'ils se méfient de votre traducteur, surtout s'ils croient que le traducteur est associé à une des parties du conflit ou à un membre d'une autre ethnie ou groupe religieux.

Le traducteur est d'une importance majeure pour toute la recherche. Ainsi, il faut prendre le temps de le/la briefer et de le/la former correctement. Exigez qu'il/elle traduise phrase par phrase au lieu de vous donner une synthèse de ce qui a été dit. Briefer bien le/la traducteur(-trice) sur les motifs et les risques gravitant autour des interviews. Le/la traducteur(-trice) est un élément externe de l'interview, comme facilitateur de la bonne conduite; il/elle ne doit pas mener l'interview.

6 Échantillonnage

Les méthodes qualitatives ont normalement recours à des échantillons intentionnels. Un participant est choisi car il va probablement générer des données utiles au projet.

Vous pouvez créer une grille d'échantillonnage et recruter des groupes qui reflètent une variété de combinaisons, ex. âge (adolescents, adultes, seniors), genre, revenu, rural/urbain, ethnie, etc.

Une étude devrait poursuivre les interviews jusqu'à ce que plus rien de nouveau ne sorte des données, c'est ce que l'on appelle la « saturation ».

Taille de l'échantillon

- La recherche qualitative ne requiert pas un nombre fixe de participants pour définir la taille de son échantillon.
- L'objectif étant de récolter des données en provenance de cas riches en information (échantillonnage intentionnel).
- Continuer à mener les interviews jusqu'à obtenir une saturation !
- Les informants sont les « experts ».
- Viser la qualité et non pas la quantité !

! Plus petit le nombre est, plus intenses et approfondies les données collectées seront!
Pour l'hétérogénéité ayez recours aux échantillonnages larges ; pour l'homogénéité aux groupes restreints.
Évitez de sacrifier la profondeur (durée ou nombre des interviews) au profit de l'étendue (nombre de participants).

Pour des informations plus détaillées sur les différentes méthodes d'échantillonnage, veuillez consulter Kampmüller (2012) « Evaluation Manual: handbook for initiating, managing and conducting evaluations ».

7 Information et collecte de données

7.1 Interviews individuels

Non-structurée

Ce type d'interview est employé pour explorer les perceptions et récits personnels des personnes interrogées. Les interviews non-structurées sont de nature conversationnelle, ce qui veut dire que les sujets et les questions ne sont pas décidés à l'avance. Les interviews non-structurés sont généralement utilisées pour les sujets sur lesquels il existe que peu de données et lorsqu'il est important d'aboutir à une compréhension approfondie.

Semi-structurée

Pour les interviews semi-structurées on emploie une grille d'interview ou des aide-mémoire. Les sujets sont spécifiés à l'avance, mais les séquences et la formulation sont souples. Ce genre d'interview peut être utile lorsqu'on a une bonne connaissance des informations mais qu'il reste des domaines à approfondir.

Structurée

Dans les interviews structurées la formulation est précise et prédéfinie, la séquence des questions est elle aussi spécifiée mais la formulation n'est pas exhaustive.

7.2 Interviews de groupe

Groupe de discussion

Le groupe de discussion est une interview, animée par un modérateur formé, avec un jeu spécifique de questions et une approche organisée, pour étudier des idées dans un contexte de groupe.

Les groupes sont généralement composés de sept à dix personnes, qui ne se connaissent pas forcément mais qui partagent certaines caractéristiques communes.

Le chercheur crée un environnement ouvert et pose des questions qui se concentrent sur un sujet afin d'encourager la discussion, l'expression d'opinions et les perspectives variées. La caractéristique de ce genre d'interview réside dans l'interaction entre les participants.

La technique part du principe que les attitudes et les croyances d'un individu ne se forment pas dans le vide. Dans un groupe de discussion les questions sont d'une simplicité trompeuse. L'astuce est de favoriser l'expression des participants en créant un environnement de tolérance. Pour clarifier leurs propres opinions et connaissances les participants ont parfois besoin d'écouter celles des autres.

Les groupes de discussion sont formels et structurés et se déroulent à une heure et un endroit précis.

Groupe de discussion

- Choix de participants selon les critères d'échantillonnage
- Recherche une large gamme d'idées sur un sujet ouvert
- Un endroit et une heure formalisés, contrôlés et fixés au préalable
- Normalement enregistré, ensuite transcrit pour analyse

Groupe naturel

Contrairement aux groupes de discussion, le groupe naturel existe dans le contexte habituel du lieu de recherche. Les interviews de groupe naturel sont souvent employées par les anthropologues et autres chercheurs de terrain pour une collecte de données ethnographique, faite exprès et pour une adaptation pragmatique à la recherche basée sur la communauté. Par exemple, lorsqu'on réalise des interviews chez la personne ou dans les endroits publics, il est souvent difficile de limiter les questions à un seul individu car ses proches et ses amis y participent aussi.

Groupe naturel

- Le groupe existe indépendamment de l'étude
- Format formel ou informel
- Flexibilité de la grille d'interview
- Souvent enregistré ou avec une prise de note

Interview narrative de groupe

Les interviews narratives de groupe peuvent générer des données d'une très grande qualité. Elles seront ensuite interprétées à posteriori. Il est utile de disposer d'informations supplémentaires pour étayer l'interprétation surtout dans le cas d'observations et d'interviews approfondies. Comme il peut toujours y avoir des problèmes de normalisation du groupe, il est important de souligner, par exemple, que les récits de gens qui ont eu de bonnes et de mauvaises expériences sont nécessaires.

Interview narrative de groupe

- Les participants décrivent leurs expériences comme une « histoire »
- Chaque personne délivre un récit à tour de rôle
- Demander un volontaire pour commencer
- Les conteurs ne sont pas interrompus
- À la fin on permet une discussion

7.3 Méthodes participatives¹⁹

On emploie des méthodes participatives en sus des interviews classiques car elles peuvent aider à stimuler les discussions ouvertes. Elles peuvent s'avérer particulièrement utiles avec des participants illettrés et lorsque la participation (de la communauté) est cruciale pour l'évaluation. Les méthodes participatives exigent de disposer de suffisamment de temps.

¹⁹ Cette section est adaptée de (Kampmüller, 2012).

Chronogrammes

Habituellement, nous réalisons un chronogramme en demandant aux gens (en groupe ou individuellement) de repenser à des événements importants d'une période donnée du passé (ex. pendant la période du projet). Cette démarche peut aider à reconstruire l'historique du projet ou de comprendre les changements.

Cartographie (« mapping »)

Dessiner des cartes peut s'avérer particulièrement utile au sein d'un groupe. Elles peuvent servir à améliorer la connaissance d'une zone, des aspects sociaux dans une zone, des changements localisés. Les cartes peuvent montrer quels sont les aspects considérés importants par les participants (hommes, femmes, etc.). On peut dessiner les cartes sur du papier, sur le sol, en utilisant les ressources locales, etc. Cependant il se peut que les participants n'aient pas la même perception d'un outil visuel tel que la cartographie.

Hiérarchisation

Il existe bien des façons de hiérarchiser ou d'ordonner l'information (ex. hiérarchisation par richesse, par problème, par impact, par performance). La hiérarchisation peut être employée pour identifier les différences au sein de la communauté et pour comprendre les indicateurs locaux et les critères en matière de richesse, de santé, etc. On peut établir cette hiérarchisation en demandant de dégager une préférence ou une paire d'option à comparer pour en définir laquelle sera préférée. La hiérarchisation par performance est

particulièrement utile afin que l'équipe comprenne comment hiérarchiser les éléments spécifiques d'un projet, ce qui a marché, ce qui n'a pas marché et les améliorations qui peuvent être introduites.

Promenade (« transect walks »)

Les promenades sont similaires aux cartes mais se font à pied et sont souvent plus partielles (peut ne pas inclure tout le village). Les promenades organisées (ou fortuites) passent par une zone particulière qui peut aider à identifier des aspects importants pour les participants et à observer des points spécifiques. Les promenades peuvent être informelles et faciliter les discussions.

Empilement proportionnel

L'empilement proportionnel peut fournir des estimations de chiffres, de distribution, etc. On distribue aux participants un certain nombre de petites unités (ex. 100 graines d'arachides, 20 cailloux de même dimension ou du papier froissé) qu'on demande ensuite de diviser selon la question (ex. combien de personnes de votre communauté emmènent les enfants lors des campagnes de vaccinations ?). Cette méthode aide à quantifier approximativement les informations et peut déclencher davantage de discussion.

Observation participante

Pour mieux comprendre la complexité de beaucoup de situations, la meilleure méthode peut être la participation directe et l'observation du phénomène. Dans la plupart des situations, le temps manque pour réaliser une observation détaillée, mais une partie peut se faire pendant votre travail

quotidien. Les données collectées doivent être descriptives afin que le lecteur puisse comprendre ce qui s'est passé et comment.

Les données observées s'avèrent aussi très utiles pour pallier les divergences entre ce que disent les gens et ce qu'ils font. De telles données peuvent aider à dénicher un comportement que même les participants ne décèlent pas. Cette démarche peut sembler chronophage, MAIS vous pouvez observer tout en réalisant vos interviews.

Observation participante

- Compréhension approfondie des signifiants culturels et de la structure sociale du groupe à l'étude
- Compréhensions complexes
- Collecte de données en prenant des notes de terrain
- Chronophage – recherche anthropologique

Réunions communautaires ou informelles, point d'entrée

Les réunions communautaires comme les réunions informelles constituent un moyen important pour être présent dans la communauté et mieux s'y faire connaître. Si vous êtes invité à des réunions communautaires en tant que membre d'une organisation, profitez de l'occasion et participez-y. Des informations précieuses sur la dynamique sociale en communautés peuvent être récoltées dans les réunions communautaires et les réunions informelles.

Planification d'action par la communauté (ex. ateliers)

La planification de l'action communautaire signifie « planification participative au niveau de la communauté ». La communauté d'accueil et d'autres parties prenantes peuvent y être invitées en fonction des circonstances. Dans ce contexte le plan d'action de la communauté représente la façon par laquelle la communauté peut identifier les enjeux et la manière de les mettre en oeuvre. Il est essentiel, lors de cette étape, de s'assurer que les intérêts de tous les groupes ont été pris en compte.²⁰

L'analyse SWOT²¹

L'analyse SWOT évalue les forces, faiblesses/contraintes, opportunités et menaces contenues dans un projet. Les situations présentes peuvent être analysées afin de planifier l'avenir et de prendre des décisions stratégiques. Une telle analyse peut faire partie de l'évaluation initiale comme un apport pour la proposition de projet ou encore servir comme exercice d'évaluation afin d'obtenir des retours de satisfaction et réorienter les activités.

Un atelier d'analyse SWOT peut, par exemple, réfléchir aux forces, faiblesses, opportunités et menaces dont les communautés pensent qu'elles peuvent affecter leur situation au regard de la sécurité, de la violence, de la nutrition, des

services, de la communauté de réfugiés, de la santé et ainsi de suite. Un tel atelier peut être suivi d'une réflexion participative sur les recommandations et d'un plan d'action pour le projet proposé qui aborde quelques-uns des enjeux identifiés par la communauté dans l'analyse SWOT.

Représentants de la communauté

Afin d'obtenir un accès plus élargie à la communauté, il est crucial de communiquer et de travailler avec les responsables en place et ceci peu importe leur prises de position ou leurs attitudes.²²

8 Validation des données²³

Les interviews peuvent parfois ressembler à des conversations banales, bien qu'ils se focalisent sur le besoin d'information de l'interviewer. Elles sont d'ailleurs réalisées d'une manière rigoureuse afin d'assurer leur fiabilité et validité (c.-à-d. « digne de confiance »). C'est dans ce sens que la validation des données devient essentielle.

Il faut envisager que les chefs officiels de la communauté ne soient pas forcément les plus populaires mais ceux qui détiennent le pouvoir politique et économique. Cette situation est à valider par des informations en provenance de sources variées.

²⁰ (UNHCR, 2008, 83)

²¹ Acronyme de l'anglais « *Strengths, Weaknesses/Limitations, Opportunities, Threats* »: forces, faiblesses/contraintes, opportunités, menaces

²² (UNHCR, 2008, 61)

²³ Cette section est adaptée de (Kampmüller, 2012).

Il y a trois moyens de garantir la validité des données : triangulation, vérification par recoupement des données et phases de réflexion.²⁴

9 Gestion des données et des analyses

Si vous décidez de rédiger un rapport sur toutes les informations collectées, veuillez prendre en compte les recommandations suivantes :

L'enregistrement/la transcription des interviews

Vous devriez prendre des notes pendant que vous parlez ou bien enregistrer l'interview et le transcrire, de préférence, juste après.

Analyse

Il existe plusieurs façons d'analyser les données qualitatives. Vous pouvez employer une approche thématique ou descriptive ou encore des méthodes plus approfondies. Dans la plupart des cas, l'analyse thématique suffit.

Une analyse thématique traite toutes les données afin d'identifier les enjeux communs récurrents et identifier les thèmes principaux qui résument tous les points de vue que vous avez collectés.

Rédaction du rapport

En fonction de vos termes de référence, de vos données et de leur analyse, vous allez rédiger le schéma de votre rapport et enfin le rapport même.

EXEMPLE D'UN SCHEMA DE RAPPORT

Remerciements

Table des matières

Sommaire

1 à 2 pages maximum présentant les résultats essentiels

Liste des acronymes et des abréviations

1^{ère} partie – Introduction et méthodologie

Objectifs, historique et méthodologie de l'étude

2^{ème} partie – Résultats

Résultats en fonction des objectifs

3^{ème} partie – Conclusion et Recommandations

N'oubliez pas que les recommandations doivent être réalisables

Annexe

Glossaire, bibliographie, calendrier du travail, profils des personnes interviewées, cartes, liste des contacts importants

²⁴ Pour des informations détaillées sur les méthodes de validation, veuillez consulter Kampmüller (2012) « Evaluation Manual : handbook for initiating, managing and conducting evaluations ».

10 L'approche PHAST ou CLTS

MSF emploie l'approche PHAST²⁵ lorsque les mauvaises conditions hygiéniques entraînent une précarité sanitaire. PHAST s'efforce d'aider les communautés à améliorer leurs comportements hygiéniques, prévenir les maladies diarrhéiques et promouvoir la gestion communautaire de l'eau et des installations sanitaires. MSF utilise la méthodologie PHAST, mais n'applique que les étapes 2, 3 et 4, l'étape 1 étant normalement faite lors de l'évaluation initiale.²⁶

L'approche CLTS²⁷ consiste en une approche intégrée visant la mise en place sur le long terme de pratique sans défécation à l'air libre (ODF). CLTS facilite l'analyse par la communauté de son profil en matière d'assainissement, de ses pratiques de défécation et de ses conséquences, qui a pour but d'aboutir à une action collective pour devenir ODF. La méthode CLTS n'est pas une approche où les étrangers « enseignent » aux membres de la communauté. Elle se contente de déclencher un changement de comportement sanitaire (plutôt que la construction de toilettes) à travers un processus de prise de conscience sociale, stimulé par des facilitateurs de l'intérieur ou de l'extérieur de la communauté.²⁸

²⁵ Acronyme de l'anglais « *Participatory Hygiene and Sanitation Transformation* » : Transformation participative en hygiène et en assainissement

²⁶ (WHO, 1998)

²⁷ Acronyme de l'anglais « *Community-led Total Sanitation* » : l'assainissement total piloté par la communauté

²⁸ (Kar et Chambers, 2008)

Les étapes du PHAST²⁹

Étape	Activité	Outil
1^{ère} étape Identification du problème	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historique de la communauté 2. Problèmes de santé dans notre communauté 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Affiches 2. Infirmière Tanaka
2^{ème} étape Analyser les problèmes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapping de l'eau et de l'assainissement dans notre communauté 2. Bons et mauvais comportements envers l'hygiène 3. Enquêter sur les pratiques communautaires 4. Comment la maladie se propage 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mapping communautaire 2. Le tri en trois piles 3. Carte de poche 4. Pistes de transmission
3^{ème} étape Planifier les solutions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire obstacle à la propagation des maladies 2. Sélectionner les obstacles 3. Tâches des hommes et des femmes dans la communauté 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Faire obstacle aux voies de propagation 2. Carte des obstacles 3. Analyse du rôle du genre
4^{ème} étape Sélectionner les options	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choisir les améliorations sanitaires possibles 2. Choisir des comportements à améliorer en termes d'hygiène 3. Prendre le temps pour d'éventuelles questions 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Options d'assainissement possibles 2. Le tri en trois piles 3. Boîte à questions
5^{ème} étape Planifier de nouveaux services et un changement de comportement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planifier le changement 2. Planifier qui fait quoi 3. Identifier les problèmes éventuels 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planifier des affiches 2. Planifier des affiches 3. Boîtes à problèmes
6^{ème} étape Planifier le suivi et l'évaluation	<ol style="list-style-type: none"> 1. Préparer la vérification de nos progrès 2. Vérifier notre progrès 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carte de suivi (vérification) 2. Options d'une variété d'outils

²⁹ Adapté de WHO, 1998

Annexe

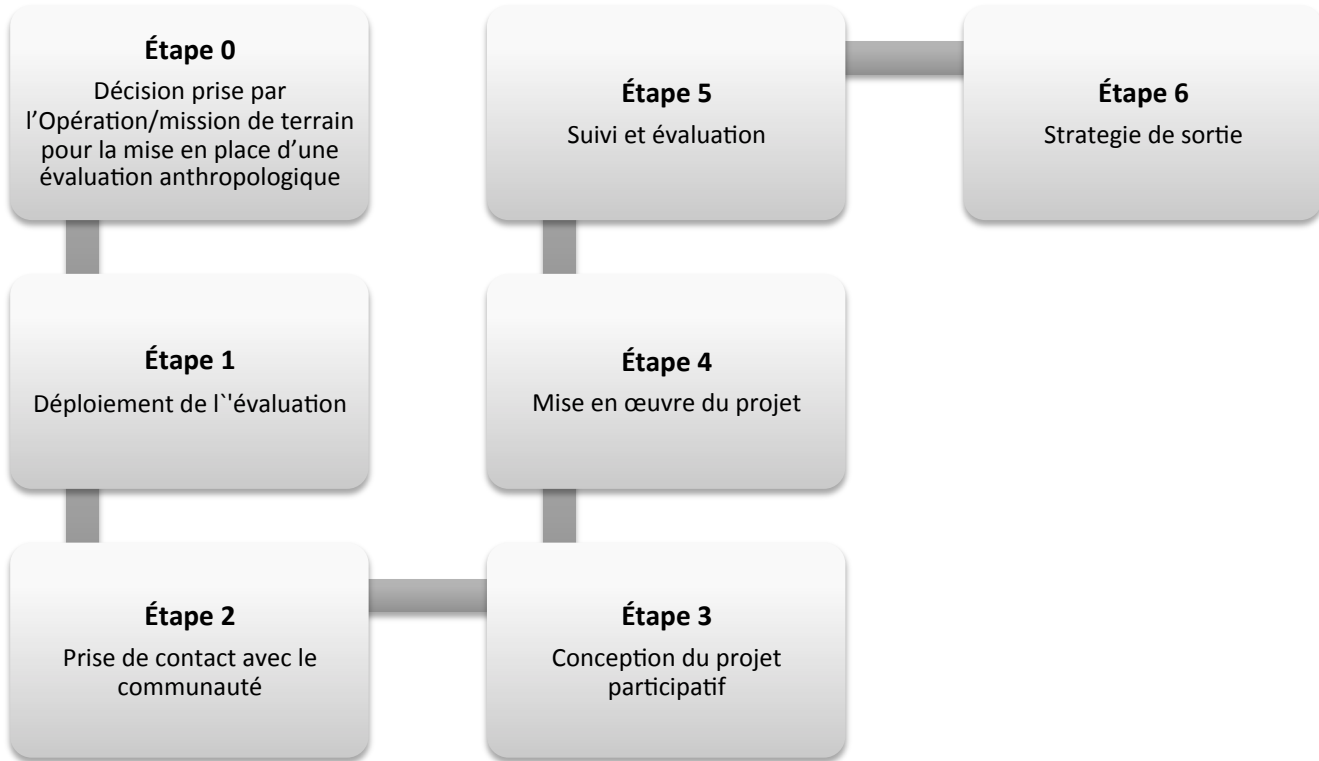
1 Principes de base pour une approche communautaire³⁰

Personnes et contacts-clés	<ul style="list-style-type: none">→ Qui sont les contacts-clés dans la communauté ?→ Qui sont les contacts/représentants-clés de chaque unité sociale ? Quelles fonctions remplissent-ils au sein de la communauté ? (ex. distribution de denrées, d'eau ; représentation juridique ; négociation avec la police)→ Quelle est l'importance du rôle des responsables de la communauté ?→ Qui d'autre (que les responsables) jouit d'une bonne réputation ? (guérisseurs, herboristes, prêtres, hommes riches, sages-femmes traditionnelles formés et non formés)→ Dans quelle mesure mes contacts sont-ils fiables ? Qui pourrait les remplacer ?→ Une approche du haut vers le bas est-elle la meilleure façon d'atteindre mon groupe cible ? Sans autorisation d'une autorité est-il possible d'interagir avec la communauté ? (Les gens montrent-ils de la peur ? Le chef de la communauté compromettrait-il mon projet si je ne l'impliquais pas dans toute décision ?)→ Qui pourrait travailler comme guide/interprète local ?→ Quelles sont les implications pour les membres de la communauté lorsqu'ils ont un contact rapproché avec des étrangers ?
Structure communautaire	<ul style="list-style-type: none">→ Comment la communauté est-elle organisée ? (clans, unités familiales élargies, fragments, familles royales, grands hommes, conseil des anciens)→ La communauté est-elle administrée d'une manière autonome (responsables traditionnels), par la municipalité ou les deux ? Quel système a la plus grande influence ?→ Combien de groupes différents vivent dans la communauté ? (ethniquement homogène/hétérogène)→ Y a-t-il des tensions dans la communauté (ethniques, religieuses, politiques, économiques, etc.) ?→ Comment traite-t-on les conflits ? (apaisement en interne ; mécanismes traditionnels de résolution des conflits ; police → fiabilité/efficacité de la police)→ Qui sont les marginalisés de la communauté ? (foyer tenu par une femme, enfants non accompagnés, handicapés, malades, seniors, minorités ethniques....). Ont-ils des besoins spécifiques ?

³⁰ Compilé par Paul Grohma

<p>Identité</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Qu'est-ce qui fait de votre communauté une véritable communauté ? (différenciation avec les autres communautés – par origines, langue, descendance, travail, identité religieuse...) → Quel est l'historique de la communauté ? (urbaine, rurale ; nouvellement arrivée, établie depuis longtemps) → Qui était là d'abord ? (communautés de migrants et leurs rapports avec la communauté d'accueil) → Quel est le statut de la communauté ? (marginalisée, intégrée, dépendante d'autres) → Comment la communauté est-elle perçue/traitée par la municipalité ? (soutenue, négligée, tentative de la chasser) → L'attitude de la communauté envers les organisations humanitaires (globalement et connaissances de MSF) → Comment la communauté interagit-elle avec d'autres ? (commerce, rôle tenus dans le paysage urbain) → Y a-t-il des conflits dans la communauté ou avec des communautés avoisinantes ? (terrain, abri, opportunités économiques, insuffisances de ressources/partenaires par mariage) → Quels sont les activités économiques majeures de la communauté et quel est le niveau d'activité moyen ? (bas/moyen/élevé) → Déplacements : à quel point la communauté/une partie de la communauté est-elle mobile ? Quels sont les déplacements quotidiens /hebdomadaires/saisonniers ? (communauté stationnaire avec peu de contact avec d'autres communautés avoisinantes/travailleurs migrants avec des activités quotidiennes à l'extérieur de leurs lieux de résidence/communautés qui se déplacent d'habitat en habitat selon la saison)
<p>Santé de la communauté</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Quels sont les besoins de base de la communauté en matière de santé ? Quelles sont les maladies les plus fréquentes ? → Quelle est la situation actuelle de la communauté ? (« C'est toujours comme ça » – « C'est pire que jamais » – « On est mieux qu'il y a dix ans ») → Situation alimentaire : Quelle est la nourriture de première nécessité de la région ? D'où provient la nourriture ? Y a-t-il des variations saisonnières ? Est-ce que les fournisseurs viennent de la communauté ou de l'extérieur ? Proximité et fréquence du marché ? Les prix restent-ils stables ou sont-ils variables ? La nourriture a-t-elle d'autres fonctions ? (religieuses ; rituelles) → Nutrition/cuisine : Quelle est la technique de cuisson la plus répandue dans la communauté et comment les fourneaux sont-ils alimentés ? (bois, charbon, électricité ; quel est le prix du combustible) ? Combien de repas par jour ? → Pouvoir d'achat moyen : Y a-t-il suffisamment d'argent pour acheter nourriture, vêtements, produits sanitaires, médicaments et payer les frais médicaux ? → Violence sexuelle → Comportement en matière de santé → Pratiques d'accouchement, planning des grossesses, planning familial

2 Étapes-clés pour impliquer la communauté



3 Définitions

Anthropologie	L'anthropologie s'efforce de comprendre la culture, la société et l'humanité à travers des études détaillées de la vie locale, épaulées par des comparaisons. (Eriksen, 2004)
Anthropologie médicale	L'anthropologie médicale étudie comment des personnes de cultures différentes et des groupes sociaux s'expliquent les causes de maladies, les types de traitement auxquels ils croient et vers qui ils se tournent quand ils tombent malade. (Helman, 2000)
Culture	La culture est la connaissance et la signification communes partagées avec d'autres. [...] La culture se crée constamment de manière récurrente et se construit par l'interaction entre les individus. [...] Chaque individu peut appartenir à plusieurs catégories sociales et ne doit donc pas être représenté uniquement à travers une catégorie nationale mais aussi dans des catégories telles que sexe, éducation, origine sociale, âge, etc. (Jensen, 2008). L'auteur souligne le fait que la culture ne devrait pas être décrite uniquement comme une caractéristique, et qu'un individu ne peut être pris comme représentant la société. Elle décrit la culture comme une série de processus complexes et dynamiques constamment changeants et recréés par les individus.
Accès à la culture	L'accès à la culture traite des difficultés rencontrées par les étrangers pour s'identifier à une communauté locale à cause des obstacles linguistiques, comportementaux et autres. (URD, 2010)
Communauté	Une communauté est un groupe de gens qui se reconnaissent ou sont reconnus par les étrangers comme partageant une culture, une religion ou d'autres caractéristiques historiques ou économiques. Elle forme une identité collective avec des objectifs partagés. (UNHCR, 2008)
Approche basée sur la communauté	Cette approche permet de travailler en partenariat avec les personnes concernées pendant toutes les étapes d'un cycle de programme. (UNHCR, 2008)
Engagement de la communauté	L'engagement de la communauté consiste à s'engager dans un dialogue et une collaboration avec les membres d'une communauté.
Approche participative	L'approche participative consiste à impliquer les personnes touchées par une crise dans la réponse humanitaire par tous les moyens possibles et le plus exhaustivement possible dans un contexte donné. (URD, 2010)
Promotion de la santé	La promotion de la santé est le processus qui permet aux personnes d'accroître le contrôle qu'ils ont sur leur santé et de l'améliorer. Pour l'Organisation mondiale de la Santé, la promotion de la santé est un ensemble d'activités d'éducation pour la santé et d'amélioration des services de santé dont l'objectif est d'accroître la fréquentation des services de santé (patients & populations). (Loots, 2009)
Approche de promotion de la santé pour la population	Cette approche, centrée sur les communautés, vise à promouvoir nos structures de santé et à contrôler les épidémies dans la population. (Loots, 2009)
Approche de promotion de la santé pour le patient	Cette approche est centrée sur les patients et l'adaptation des services de soins aux comportements culturels et aux pratiques de la population dans laquelle nous travaillons. (Loots, 2009)
Information Éducation Communication (IEC)	Dans les programmes de santé, cette approche vise à accroître la sensibilisation, à changer les attitudes et à obtenir une évolution des comportements spécifiques. L'IEC partage les informations et les idées d'une manière qui soit culturellement adaptée et acceptable par les communautés en employant les canaux, messages et méthodes appropriés. (Chez MSF, la de promotion de la santé et l'IEC sont employées indifféremment.)

4 Références

- Decroo, Tom. "Distribution of Antiretroviral Treatment Through Self-Forming Groups of Patients in Tete Province, Mozambique." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, Volume 56, Number 2, p 39-44*. 1 February 2011. http://aids2012.msf.org/wp-content/uploads/2012/05/101113_Decroo_ART-patient-grps-Moz_AIDS-2011-56-e39-44.pdf (accessed January 20, 2013).
- Eriksen, Thomas Hylland. *What is Anthropology?* London: Pluto Press, 2004.
- Helman, Cecil G. *Culture, health, and illness: an introduction for health professionals*. Oxford: Butterworth-Heinemann, 2000.
- Jensen, Iben. "Journal of Intercultural Communication (No. 5)." *Professionalism in Intercultural Job Interviews?* 2008. <http://www.immi.se/jicc/index.php/jicc/article/view/121/89> (accessed April 10, 2013).
- Kampmüller, Sabine. *Evaluation Manual: handbook for initiating, managing and conducting evaluations*. http://evaluation.msf.at/fileadmin/evaluation/files/documents/resources_MSF/msf_evaluation_manual_2012_final.pdf. Vienna: MSF-Austria, Vienna Evaluation Unit, 2012.
- Kar, Kamal, and Robert Chambers. "Handbook on Community-led Total Sanitation." Edited by Plan International (UK). March 2008. <http://www.communityledtotalsanitation.org/sites/communityledtotalsanitation.org/files/media/cltshandbook.pdf> (accessed January 20, 2013).
- Kiefer, Christie W. *Doing health anthropology: research methods for community assessment and change*. New York: Springer Publishing Company, 2007.
- Koscalova, Alena. *Assessment Toolkit, part I: practical steps for the assessment of health and humanitarian crises*. http://evaluation.msf.at/fileadmin/evaluation/files/documents/resources_MSF/Assessment_toolkit_final.pdf, Vienna: MSF-Austria, Vienna Evaluation Unit, 2012.
- Loots, Genevieve. *Health Promotion Policy*. Internal document, Brussels: MSF-OCB, medical department, 2009.
- MSF-UK. "Making an exit: advice on successful handover of MSF projects." 2011.
- Taylor, Edward B. *Primitive Culture* 1. 1889.
- UNHCR. *A community-based approach in UNHCR operations*. <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/47da54722.pdf>, 2008.
- URD. *Participation handbook for humanitarian and field workers, Part I-XI*. <http://www.urd.org/Participation-Handbook>, 2010.
- WHO. "Introduction to the PHAST Step-by-step Guide, Part I." 1998. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_EOS_98.3_part1.pdf (accessed January 20, 2013).
- ### Lectures additionnelles
- Briki, Nouria. *A guide to using qualitative methods*. London: MSF-UK, 2007.
- Burtscher, Doris. "*Nafsi ta'baneh - my soul is suffering*": how to develop a community-based mental health programme built on relationships with and acceptance by the communities in and around the Bourj el-Barajneh camp, south-Beirut, Lebanon. Internal report, Geneva: MSF-Switzerland, OCG, 2010, https://tukul.msf.org/workspaces/anthropology/doc_repository/201cnafsi-ta2019baneh-2013-my-soul-is-suffering201d/view.
- Burtscher, Doris. "*Si tu n'es pas mort tu auras une cérémonie après la guérison*": Local perception of Female Genital Cutting; Salamat region, Am Timan district Chad. Internal report, Berlin: MSF-Germany, OCA, 2012, https://tukul.msf.org/workspaces/anthropology/doc_repository/si-tu-nes-pas-mort-tu-auras-une-ceremonie-apres-la-guerison/view.
- Burtscher, Doris. "*TB is a disease that is flying to the air*": traditional concepts and perception of TB and DR TB and the possibility of HBC; Shiselweni region, Swaziland. Internal report, Geneva: MSF-Switzerland, OCG, 2008, https://tukul.msf.org/workspaces/anthropology/doc_repository/201ctb-is-a-disease-that-is-flying-to-the-air201d/view.
- Burtscher, Doris. "*You see it you know it, but you don't say it*": community based perception of HIV and AIDS, testing, counselling, and ARV treatment; Shiselweni region, Swaziland. Internal report, Geneva: MSF-Switzerland, OCG, 2011, https://tukul.msf.org/workspaces/anthropology/doc_repository/201cyou-see-it-you-know-it-but-you-don2019t-say-it201d/view.
- Burtscher, Doris. *Men - Taking risk or taking responsibility: how to approach a male dominated rural setting in Zimbabwe for an effective HIV/AIDS prevention and care programme; the Ndebele in the Tsholotsho district*. Internal report, Barcelona: MSF-Spain, OCBA, 2004, https://tukul.msf.org/workspaces/anthropology/doc_repository/men-taking-risk-or-taking-responsibility/view.
- Burtscher, Doris. *You cannot break the Culture of Silence: health seeking behaviour and ideas about Benson Hospital and its services with a special focus on SGBV and its perception in the community; the BH in Paynesville, Monrovia, Liberia*. Internal report, Barcelona: MSF-Spain, OCBA, 2005, https://tukul.msf.org/workspaces/anthropology/doc_repository/you-cannot-break-the-culture-of-silence/view.
- Collins, Beverly. *Toolkit: highlighting qualitative methods for data collection*. Edited by MSF-Holland. 2008. http://evaluation.msf.at/fileadmin/evaluation/files/documents/workshops/2012_vienna/Toolkit-08.pdf (accessed January 20, 2013).
- WHO. "CBI Community Based Initiatives series 1: Training Manual for community based initiatives: a practical tool for trainers and trainees." 2006.

Notes

Notes

Notes

3^{ème} version, mise à jour janvier 2016

Texte : Doris Burtscher

Traduction de l'anglais : Dominique Fox-Rigaux, Tim Fox, Hugues Juillerat

Édition : Sandra Bauer

**Contributions : Eva del Rio, Hani Fares, Olivia Hill, Paul Grohma, Pedro-Pablo Palma,
Petra Haderer, Sabine Kampmüller, Sandra Cavaco, Valerie Minne, Yasmine Al Kourdi**

MSF-OCG, Vienna Evaluation Unit

<http://evaluation.msf.at>

