

# Peut-on mesurer le degré de participation communautaire?

Les auteurs du présent article exposent les premières étapes de l'élaboration d'une méthodologie permettant d'apprécier le degré de participation communautaire aux actions de santé. Une étude menée au Népal montre que la formule adoptée sera utile aux planificateurs qui souhaitent évaluer le degré d'implication dans les programmes de soins primaires.

Les planificateurs ont souvent mis en évidence l'existence d'une participation communautaire en s'attachant aux activités plutôt qu'aux processus (1). Ainsi ont-ils relevé la présence d'agents de santé communautaires ou de comités de santé communautaires, assisté eux-mêmes à des réunions, ou mesuré les contributions communautaires en nature ou en espèces. Toutefois, dans de nombreux pays, il leur faut aussi posséder des renseignements sur les processus qui déterminent le changement.

On met actuellement au point une méthodologie afin de répondre à ce besoin. A la demande de l'OMS et de l'UNICEF, 200 études de cas ont été examinées et l'on a recensé les facteurs qui influent sur la participation communautaire (2, 3) et notam-

ment l'appréciation des besoins, la direction des activités, l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion, qui sont autant d'éléments permettant de qualifier l'ampleur de la participation à un programme de santé. Ces indicateurs peuvent servir à faciliter l'appréciation de la participation à un programme donné:

- à des moments différents,
- de planificateurs différents,
- de participants différents.

## Qu'est-ce que la participation communautaire?

Chez les auteurs, le terme «communauté» a eu les principales acceptions suivantes (4):

- un groupe d'individus vivant dans le même périmètre et partageant les mêmes valeurs fondamentales et la même forme d'organisation;
- un groupe d'individus ayant les mêmes intérêts fondamentaux à un moment donné;
- un groupe d'individus visés aux fins de telle ou telle intervention particulière.

---

Le Dr Bichmann travaille à l'Institut d'Hygiène et de Santé publique tropicale de l'Université d'Heidelberg (République fédérale d'Allemagne). Le Dr Rifkin est Maître de Conférence principal honoraire à l'École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres, Pembroke Place, Keppel Street, London WC1 7HT (Angleterre) et enseigne à l'École de Santé publique de l'Université de Boston (Etats-Unis d'Amérique); toute correspondance destinée au Dr Rifkin devra lui être adressée à Londres. Le Professeur Shrestha est Chef du Département de médecine communautaire de l'Université Tribhuvan, Kathmandou (Népal).

Les soins de santé primaires s'assignant des objectifs d'équité, d'efficacité et d'efficience, il est important de cerner les gens qui en ont le plus besoin et de juger réalistement de la façon dont les changements peuvent s'opérer.

**La participation communautaire est un processus social dans lequel des groupes particuliers ayant des besoins communs et vivant dans un périmètre déterminé s'emploient activement à définir leurs besoins tout en prenant des décisions et en se dotant de mécanismes destinés à satisfaire ces mêmes besoins.**

Pour ce qui est de la «participation», il ressort tout aussi clairement qu'elle doit être active et impliquer des choix qui risquent de s'avérer efficaces.

Nous sommes donc enclins à penser que la participation communautaire est un processus social dans lequel des groupes particuliers ayant des besoins communs et vivant dans un périmètre déterminé s'emploient activement à définir leurs besoins tout en prenant des décisions et en se dotant de mécanismes destinés à satisfaire ces mêmes besoins (2).

### Évaluer l'ampleur de la participation

Il est possible de mesurer l'ampleur de la participation à des programmes de soins particuliers en posant une série de questions dont voici quelques exemples.

Dans le cas de l'appréciation des besoins, un certain nombre de questions aideront à

déterminer si des spécialistes et/ou des membres de la collectivité ont été impliqués:

- Comment les besoins ont-ils été recensés?
- Ce recensement s'est-il limité aux besoins en services de santé?
- La collectivité a-t-elle été impliquée dans le recensement et l'appréciation des besoins?
- L'appréciation a-t-elle renforcé le rôle d'un large éventail de membres de la collectivité?

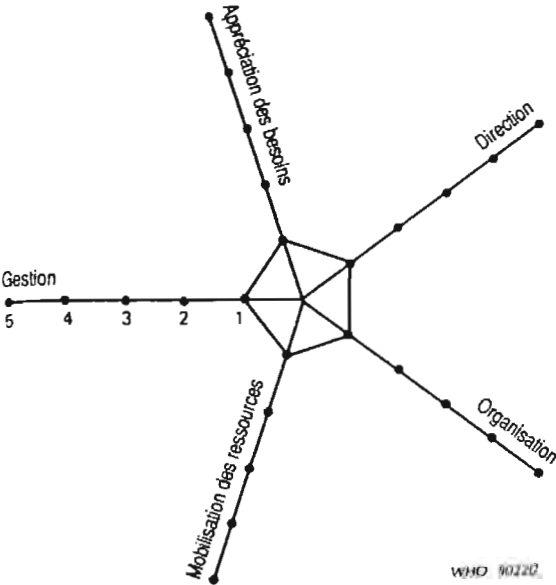
Les questions concernant la direction des activités visent à déterminer si les dirigeants de la collectivité représentent d'étroits groupes d'intérêts ou une large gamme d'intérêts socio-économiques:

- Quels groupes la direction représente-t-elle et comment le fait-elle?
- La direction est-elle paternaliste et/ou dictatoriale, limitant les perspectives d'élargissement de la participation à d'autres groupes de la collectivité?
- Comment la direction répond-t-elle aux besoins des pauvres et des exclus?
- La plupart des décisions prises par ceux qui dirigent ont-elles abouti à des améliorations pour la majorité de la population, uniquement pour les élites ou uniquement pour les pauvres?

Les questions relatives à l'organisation consistent également à se demander si les planificateurs tentent de créer de nouvelles structures ou s'ils se bornent à intégrer les programmes de santé dans les structures existantes:

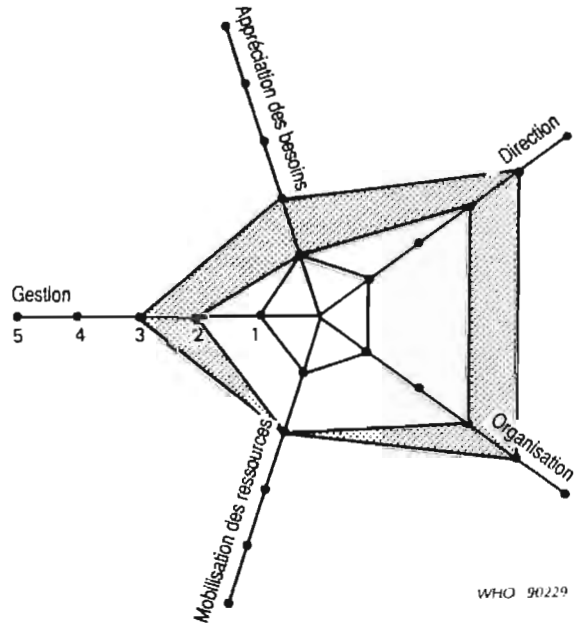
- A-t-on créé de nouvelles organisations pour répondre à des besoins déterminés ou s'est-on servi des structures existantes?

Fig. 1. Diagramme d'appréciation de la participation communautaire.



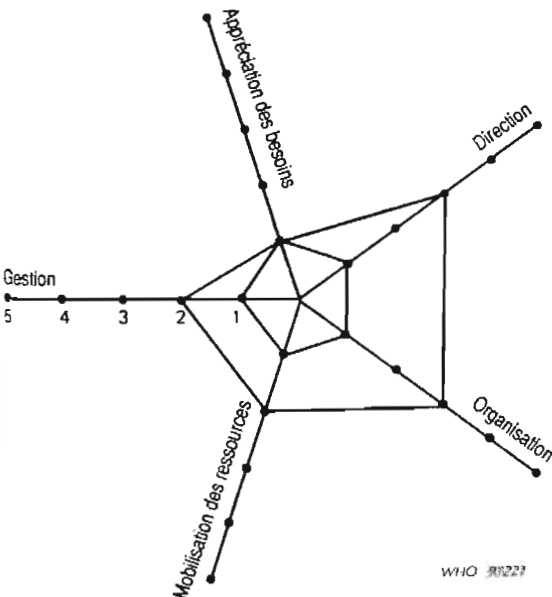
- Quels changements se sont produits dans les organisations depuis l'adoption des programmes de santé, et ces changements profitent-ils aux spécialistes ou aux membres de la collectivité?

Fig. 3. Evolution entre la première et la seconde appréciation.



- Les organisations sont-elles souples et capables de réagir au changement ou sont-elles rigides, dans la crainte d'une évolution du pouvoir?

Fig. 2. Appréciation de référence d'un programme de santé.



En ce qui concerne la mobilisation des moyens, il faut se demander dans quelle mesure les programmes sont soutenus par un financement extérieur et par des contributions de la collectivité:

- Quelle a été la contribution de la collectivité et quel pourcentage représente-t-elle par rapport à l'ensemble des dépenses du programme?
- Les ressources provenant de la collectivité ont-elles été affectées au soutien d'éléments du programme qui, dans d'autres circonstances, auraient été couverts par des crédits de l'Etat?

- A qui la mobilisation et l'affectation des ressources ont-elles profité?

Pour apprécier le facteur gestion, il est nécessaire de déterminer si ce sont des spécialistes qui en sont responsables et compa-

**Il conviendrait d'étudier les moyens par lesquels la participation communautaire pourrait être appréciée par des équipes gestionnaires de district.**

bles ou si des membres de la collectivité sont impliqués dans la prise des décisions:

- Ces décisions sont-elles l'apanage de spécialistes ou sont-elles prises avec la participation de membres de la collectivité?
- A-t-on modifié les structures de prise des décisions pour favoriser certains groupes et, dans l'affirmative, quels groupes?
- Les structures de gestion se sont-elles élargies pour faire une plus large place aux groupes de prise des décisions?
- A-t-il été possible d'intégrer des besoins extra-sanitaires?

Après analyse des réponses, une décision est prise quant à l'endroit où il convient de placer un repère sur chacune des lignes continues qui correspondent aux différents facteurs (fig. 1). Les lignes sont disposées en rayons, en signe d'interdépendance, et les repères indiquent si la participation par rapport aux facteurs est étroite ou large. La figure 2 montre comment placer les repères afin qu'ils rendent compte d'un programme hypothétique-type: en se rapprochant du centre si la participation est réduite et en se déplaçant vers l'extrémité si elle est large; les repères ne pouvant jamais être exacte-

ment au centre car il y a toujours au moins une certaine participation. La figure 3 représente une comparaison entre une situation de référence et une appréciation réalisée ultérieurement.

Les indicateurs sont descriptifs. Ils ne disent pas aux planificateurs si la participation est bonne ou mauvaise, car tout dépend des objectifs fixés. Ils sont seulement censés permettre aux planificateurs de qualifier le changement qui s'opère et d'en définir les processus. Ils se fondent sur les principes des soins de santé primaires et sur des études de cas qui incitent à penser qu'une forte participation à un large éventail d'activités se traduit par une amélioration de la santé.

### Une étude au Népal

Au Népal, les responsables du Plan ont besoin de renseignements sur l'ampleur de la participation communautaire à leurs programmes de santé. Pour apprécier cette participation, ils ont appliqué la méthodologie décrite plus haut, avec l'aide d'administrateurs sanitaires de district (5). Des services de santé modernes, de type occidental, se mettent lentement en place. Dans les années cinquante, plusieurs programmes verticaux mal coordonnés ont été institués. Pendant une vingtaine d'années, le système de santé népalais s'est caractérisé par l'existence de programmes verticaux ainsi que par la présence de nombreux organismes donateurs étrangers appliquant chacun sa propre politique. L'opération de programmation sanitaire par pays a conduit le Népal à se doter en 1980-1985 d'un système national d'agents de santé de village, recrutés sur place et engagés par l'Etat. Quelques années plus tard, deux catégories de personnel bénévoles les ont rejoints: les dirigeants sanitaires communautaires et les accoucheuses traditionnelles.

## Echelle de classement des indicateurs de participation communautaire

Indicateur	Participation				
	1 étroite	2. limitée	3. moyenne	4 ouverte	5. ample
Appréciation des besoins	Imposée de l'extérieur avec point de vue médical spécialisé (DSC, agent sanitaire de village, personnel du poste de santé); ou: programme de construction de latrines imposé à la collectivité.	Le point de vue médical domine une approche «éducative». Les intérêts de la collectivité sont également pris en considération.	Le DSC est un représentant actif des points de vue communautaires et il apprécie les besoins.	Le CSQ représente activement les points de vue de la collectivité et des besoins	Les membres de la collectivité en général sont impliqués dans l'évaluation des besoins
Direction des activités	Unilatérale (minorité riche); le président du comité de quartier est imposé; le personnel de santé assume la direction; ou: pas de CSQ hétérogène. <sup>a</sup>	CSQ ne fonctionne pas mais DSC <sup>b</sup> fonctionne indépendamment des groupes d'intérêt sociaux.	CSQ fonctionne sous l'autorité d'un DSC indépendant.	CSQ actif, prenant l'initiative.	Le CSQ représente toute la diversité des intérêts présents dans la communauté et contrôle les activités du DSC.
Organisation	Le CSQ est imposé par les services de santé et inactif.	Le CSQ est imposé par les services de santé mais a mis sur pied certaines activités.	Le CSQ est imposé par les services de santé mais il est devenu pleinement actif.	Le CSQ collabore activement avec d'autres organisations communautaires.	Les organisations communautaires existantes ont été impliquées dans la création du CSQ.
Mobilisation des ressources	Une petite quantité de moyens a été réunie par la collectivité. Aucune redevance n'est perçue. Le CSQ ne décide d'aucune affectation de moyens.	Perception de redevances. Le CSQ n'est pas maître de l'utilisation des sommes perçues.	Collecte périodique de fonds dans la collectivité, mais aucune implication dans le contrôle des dépenses.	Collecte périodique de fonds dans la collectivité et contrôle de leur utilisation par le CSQ.	Les redevances et d'autres formules de financement permettent de drainer des sommes considérables. Le CSQ affecte l'argent ainsi recueilli.
Gestion	Suscitée dans les services de santé. Le DSC n'est qu'encadré <sup>b</sup> par du personnel de santé.	Le DSC gère de façon indépendante, avec une certaine participation du CSQ. Seul l'encadrement est assuré par du personnel de santé.	CSQ autogéré sans contrôle des activités du DSC.	CSQ autogéré et associé à l'encadrement du DSC.	DSC responsable vis-à-vis du CSQ et activement encadré par celui-ci.

<sup>a</sup> Comité de quartier (CSQ).<sup>b</sup> Dirigeant sanitaire communautaire (DSC).

Actuellement, le système de santé s'articule autour du district mais il existe toujours des différences structurelles entre les districts.

On observe néanmoins une forte volonté de coordination nationale et d'intégration du système de santé publique. La loi de décentralisation de 1982 prévoit la décentralisation de l'appareil étatique et la mise en place de moyens de planification, de telle sorte qu'elle constitue l'un des principaux points d'appui de la nouvelle politique de santé articulée autour du district. Au sein du secteur sanitaire, des comités ont été constitués à tous les échelons administratifs afin de permettre la participation communautaire. Ils revêtent une importance particulière au niveau des postes de santé, des *panchayats* (municipalités) et des quartiers, unités administratives de base, où ils sont censés coordonner leurs activités avec celles du personnel sanitaire local.

Nous avons commencé par examiner la situation avec différents interlocuteurs, allant des gestionnaires de district aux représentants de la collectivité, en posant les questions énoncées ci-dessus. Un canevas d'entretien-type a ensuite été élaboré ainsi qu'une échelle de classement des réponses (voir tableau). Des décisions ont été prises quant à la façon de placer les repères sur le diagramme. Les gestionnaires sanitaires de district se trouvaient ainsi en possession d'un descriptif de la participation communautaire à leur programme, et les bases d'une planification étaient posées.

L'étude a aidé les planificateurs à se faire une meilleure idée du processus de participation et ils ont jugé la méthodologie fort utile. Au départ, on avait espéré que l'on pourrait se servir de cette technique d'appréciation pour décrire l'évolution de la participation depuis le début du programme. Toutefois, les personnes interrogées éprouvaient des difficultés à se rappeler la période antérieure. De ce fait, la première appréciation a

dû servir de base de référence plutôt que de moyen permettant de juger du changement.

La participation communautaire était perçue différemment selon les groupes d'individus. C'est ainsi que les membres de l'équipe de gestion du district s'en faisaient une idée très différente de celle des bénéficiaires de services. De ce fait, la méthodologie peut même servir à cristalliser des perceptions divergentes, favorisant une meilleure compréhension mutuelle et une amélioration des programmes de santé.

Il convient de noter que l'appréciation a été le fait d'une seule personne alors que l'un des principaux buts de la méthode est de susciter un débat débouchant sur un consensus au sujet des projets envisagés. Compte tenu de cet objectif, il conviendrait d'étudier les moyens par lesquels la participation communautaire pourrait être appréciée par des équipes gestionnaires de district qui se livreraient elles-mêmes aux interrogatoires et à l'analyse des données.

\* \* \*

La méthode exposée ci-dessus a pour but d'aider les gestionnaires à comprendre le processus de participation communautaire aux programmes de santé. Elle vise à qualifier le changement en appréciant l'ampleur ou l'étroitesse de la participation communautaire à un moment donné, et à la comparer à ce qu'elle était à tel autre moment ou à la façon dont elle est perçue par un autre groupe. Elle se préoccupe du processus de changement plutôt que de la réalisation d'une norme. Il s'agit d'une forme participative d'appréciation de la participation communautaire qui peut servir à impliquer l'équipe sanitaire de district de même que les groupes communautaires à l'évaluation de leurs propres programmes.

Cette méthode en est à ses premiers balbutiements. Il lui faut encore être employée par différentes sortes de planificateurs et adaptée à leurs objectifs. Toutefois, sa première expérimentation au Népal incite à penser qu'elle rendra grandement service aux planificateurs qui souhaitent évaluer la participation à des programmes de soins de santé primaires. □

### Références

1. **Agudelo, C. A.** Community participation in health activities, some concepts and appraisal criteria. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, **17**: 375-385 (1983).
2. **Rifkin, S. B. et al.** Primary health care: on measuring participation. *Social science and medicine*, **26** (9): 931-940 (1988).
3. **Rifkin, S. B.** *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale: analyse sur la base d'études de cas.* Organisation mondiale de la Santé, 1990 (sous presse).
4. **Migdley, J., ed.** *Community participation, social development and the state.* London, Methuen, 1986.
5. **Bichmann, W.** *Community involvement in Nepal's health system: a case study of district health services management and the community health leader scheme in Kaski district.* Liverpool School of Tropical Medicine, 1987 (mémoire de maîtrise en santé communautaire).

## Pauvreté dans les villes

*A la fin du XX<sup>e</sup> siècle, la population déshéritée des villes représentera un quart de l'humanité. Si les descriptions des conditions de vie critiques de ces gens ont largement contribué, ces dernières années, à rendre le public de plus en plus conscient de leurs difficultés, on a malheureusement fini par moins s'en émouvoir à force de répétitions. Le schéma est toujours le même: dans les couches défavorisées de la population urbaine, le taux de mortalité infantile (quand on le connaît avec précision) peut être trois ou quatre fois supérieur à la moyenne de la ville, et on observe une différence intra-urbaine comparable pour tous les autres aspects de la santé, de l'éducation et de la protection sociale.*

– *Plein feux sur les villes: améliorer la santé dans les villes du tiers monde*, par I. Tabibzadeh, A. Rossi-Espagnet & R. Maxwell. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989, p. 25.