

## Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme

Pierre Fournier, Louise Potvin

---

### Citer ce document / Cite this document :

Fournier Pierre, Potvin Louise. Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme. In: Sciences sociales et santé. Volume 13, n°2, 1995. pp. 39-59.

doi : 10.3406/sosan.1995.1326

[http://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_1995\\_num\\_13\\_2\\_1326](http://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1995_num_13_2_1326)

---

Document généré le 27/09/2015

## **Résumé**

*Résumé. La participation communautaire est une dimension importante des stratégies de développement dont elle constitue à la fois un élément du processus et une finalité. Elle est devenue une composante fondamentale des interventions de santé et elle est systématiquement associée aux soins de santé primaires. Une revue des discours, des définitions et des cadres conceptuels de la participation communautaire appliqués au secteur de la santé laisse apparaître un vide au niveau des prémisses à la base du concept, générateur de confusions. Ceci amène à identifier trois formes de logiques non exclusives qui le sous-tendent : le renforcement de pouvoir ou conscientisation, le jeu démocratique et finalement la vision utilitariste. La détermination du quoi et du pourquoi de la participation communautaire dans les programmes où le système de santé n'est pas un simple exercice de style ; elle doit permettre de clarifier les enjeux qui lui sont rattachés, les attentes que l'on peut avoir vis-à-vis de cette stratégie, et également d'écarter la rhétorique autour de ce concept qui se fait de plus en plus envahissante et qui cache mal des intentions et des manœuvres bien éloignées des valeurs que peut avoir la participation communautaire. Cette démarche ouvre également la voie à des essais de mesure de la participation communautaire plus probants que ceux qui ont été produits à ce jour (1).*

## **Abstract**

*Community involvement and health programmes: the dogma fundamentals.*

*The Community involvement is an important dimension in the strategy of development which constitutes an element of progress and an aim. It has become fundamental in composing health interventions and is systematically associated with primary health care. A review of the speeches, the definitions and the conceptuels cadres of the community involvement applied to the health sector leaves an empty appearance in the level of the basic premise of the concept, a generator of confusions. This brings to identify three forms of non exclusive logic that underlies: the reinforcement of power or conscience, the democratic game and finally the utilitarian vision. The determination of what and why the community involvement in the programmes where the health system is not a simple operational exercise: it ought to permit to clarify the stakes to which it has been attached and the waiting that one can have regarding this strategy and to evenly separate the rhetoric surrounded by this concept which is interfering more and more. It hardly hides its intentions and the manoeuvre of distant values that can have the community involvement. This step opens evenly the way to trials of the measure of the community involvement that is more probing than what has been already produced to this day.*

## **Resumen**

*Participación comunitaria y programas de salud*

*La participación comunitaria es una dimensión importante de las estrategias de desarrollo pues es a la vez un elemento del proceso y una finalidad. Se volvió un componente fundamental de las intervenciones de salud y resulta sistemáticamente asociada con la asistencia primaria. Un censo de los discursos, de las definiciones y de los marcos conceptuales de la participación comunitaria aplicados al sector de la salud deja aparecer un vacío a nivel de los fundamentos del concepto, el cual genera confusiones. Eso lleva a identificar tres formas de lógicas no exclusivas que lo fundamentan : el fortalecimiento de poder o conciencización, el juego democrático y finalmente la visión utilitarista. La determinación del qué y del porqué de la participación comunitaria en los programas o sistemas de salud resulta ser más que un ejercicio de estilo. Debe aclarar los problemas que se relacionan con dicha participación y las expectativas que podemos tener respecto a esta estrategia, además de rechazar la retórica en torno a este concepto. Dicha retórica resulta ser cada vez mas invasora. Disimula intenciones y maniobras muy alejadas de los valores que puede tener la participación comunitaria. Además este enfoque permite medir la participacin comunitaria de manera mas satisfactoria.*



## **Participation communautaire et programmes de santé : les fondements du dogme**

Pierre Fournier\*, Louise Potvin\*\*

**Résumé.** La participation communautaire est une dimension importante des stratégies de développement dont elle constitue à la fois un élément du processus et une finalité. Elle est devenue une composante fondamentale des interventions de santé et elle est systématiquement associée aux soins de santé primaires. Une revue des discours, des définitions et des cadres conceptuels de la participation communautaire appliqués au secteur de la santé laisse apparaître un vide au niveau des prémisses à la base du concept, générateur de confusions. Ceci amène à identifier trois formes de logiques non exclusives qui le sous-tendent : le renforcement de pouvoir ou conscientisation, le jeu démocratique et finalement la vision utilitariste. La détermination du quoi et du pourquoi de la participation communautaire dans les programmes où le système de santé n'est pas un simple exercice de style : elle doit permettre de clarifier les enjeux qui lui sont rattachés, les attentes que l'on peut avoir vis-à-vis de cette stratégie, et également d'écarter la rhétorique autour de ce concept qui se fait de plus en plus envahissante et qui cache mal des intentions et des manœuvres bien éloignées des valeurs que peut avoir la participation

\* Pierre Fournier, Professeur agrégé et directeur (Unité de santé internationale).

\*\* Louise Potvin, Chercheur agrégé, Université de Montréal, Unité de santé internationale et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, CP 6128 succursale «A» PQ Canada H3C 3J7. Tél : (514) 343 7878 ; Télécopie : (514) 343 7770.

communautaire. Cette démarche ouvre également la voie à des essais de mesure de la participation communautaire plus probants que ceux qui ont été produits à ce jour (1).

La notion de soins de santé primaires (SSP) a été officialisée en 1978 lors d'une réunion conjointement organisée par l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) et l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) (UNICEF-OMS, 1978). Ce concept se basait sur des expériences positives, réalisées soit à l'échelon national (Chine, Cuba), soit à l'échelon local, grâce auxquelles des pays ou des communautés disposant de ressources limitées étaient parvenues à des améliorations notables en termes de santé. Depuis plus d'une décennie, ce concept est devenu un credo et un paradigme incontournables pour les décideurs et les planificateurs de la santé des pays en développement dont les plans de santé s'inspirent abondamment, de même que pour les agences d'aide aux pays du Tiers Monde.

La définition des SSP adoptée à cette occasion donne à la communauté un rôle central. D'une part, c'est par la participation communautaire que les SSP pourront être mis en œuvre et d'autre part, la participation communautaire constitue une finalité ou tout du moins une composante importante du développement global. La participation communautaire est à la fois un processus et une finalité, le premier concourant à la deuxième.

Depuis plus d'une décennie, les intervenants, les chercheurs et les agences internationales ont beaucoup débattu des concepts de SSP, de participation communautaire et de leur mise en application. Pour certains, les SSP procèdent d'une vision holistique de la santé et toute atteinte à ce principe constitue une remise en cause inacceptable (Unger et Killingsworth, 1986 ; Wisner, 1988 ; Segall, 1987). Pour d'autres, le concept est trop large et il ne peut se mettre en œuvre que par un nombre

(1) Les auteurs de cet article tiennent à remercier le Secteur Santé et Population de l'Agence Canadienne de Développement International (ACDI), qui a fourni un appui financier pour la réalisation de ce travail, dont une partie a été présentée dans le cadre d'un atelier de recherche qui s'est tenu à Montréal le 15 mai 1992 lors de la Conférence annuelle de l'Association Canadienne des Études Africaines. Ce travail a bénéficié des commentaires enrichissants des participants à cet atelier et, en particulier de Monique Goudreau, Théodore Soudé et Stéphane Tohon qui ont présenté les résultats de leurs recherches et leurs réflexions sur le sujet. Les opinions et les points de vue exprimés dans cet article sont ceux de ses auteurs, ils n'engagent pas l'ACDI.

limité d'interventions sélectionnées sur la base de leur impact potentiel, de leur coût et de leur faisabilité (Walsh et Warren, 1979). C'est à cette interprétation que plusieurs grandes agences internationales comme l'UNICEF, l'US-AID (United States Agency for International Development) et la Banque Mondiale ont adhéré *de facto*. Le dernier rapport de la Banque Mondiale porte sur la santé et repose en grande partie sur cette prémisse (Banque Mondiale, 1993).

A un niveau très général, la participation communautaire doit être resituée par rapport aux théories du développement et à leur évolution. Ces dernières ont d'abord cherché à expliquer des phénomènes propres aux pays industrialisés et elles se sont concentrées sur l'interprétation de la croissance économique, créant un amalgame réducteur entre cette notion et celle du développement (Grellet, 1986). Par la suite, les théories du développement, en se faisant plus larges et en incluant comme finalité de ce processus la satisfaction de besoins essentiels, ont abouti à le définir comme un processus endogène orienté et supporté par les individus, les groupes et les communautés. L'unanimité ne se fait pas sur ce que représente la notion de participation communautaire dans un processus de développement endogène. Les interprétations idéologiques sont très diverses et certains vont jusqu'à considérer qu'il s'agit là d'une stratégie qui traduit le manque de volonté des gouvernants d'assumer leurs responsabilités et d'un moyen supplémentaire pour exploiter les populations (Ulgade, 1985).

Au niveau plus particulier de la santé, le discours des professionnels sur la participation communautaire, de même que la plupart des écrits, laissent implicitement apparaître une vision duale de cette notion. D'une part, elle constitue un moyen pour mobiliser des ressources et des énergies en vue de contribuer à la réussite de projets de développement (2) ; cette vision aux connotations utilitaristes semble en vogue auprès des agences internationales qui ont une approche macro-planificatrice des problèmes du secteur. D'autre part, une notion propre à la santé au cours de ces dernières décennies a été l'émergence et la reconnaissance du rôle des comportements comme déterminants majeurs des états de santé. Découlant de cette notion, des interventions en éducation pour la santé puis en promotion de la santé ont été intégrées aux activités des services de santé. Elles visent à modifier des connaissances, des attitudes ou des comportements qui sont préjudiciables à la santé ou à en adopter d'autres qui sont considérés comme favorables. La participation communautaire a été vue comme un moyen de modifier ces déterminants comportementaux

(2) Ces derniers ayant connu un grand nombre d'échecs, cette stratégie vise également à rechercher l'adhésion de la population par des moyens le plus souvent non explicites.

de l'état de santé. Les professionnels de la santé ont procédé à un amalgame dans lequel la participation communautaire est à la fois le moteur de l'effort collectif et le véhicule de changements de comportements individuels.

L'objectif de cet article est de contribuer à clarifier la notion de participation communautaire car ce terme est très souvent utilisé dans des sens très variables. De cette confusion naissent de nombreuses ambiguïtés quand il s'agit de préciser la nature et le rôle de la participation communautaire comme élément majeur d'une stratégie de développement ou comme finalité d'une action de développement. Ceci se manifeste par les différentes tentatives de mesure de la participation communautaire qui, à nos yeux, demeurent partielles voire infructueuses, certaines d'entre elles se contentant de compter le nombre de participants, d'activités et de ressources.

La réflexion qui est proposée s'efforce de couvrir des contextes aussi différents que ceux des pays dits développés et en développement, bien qu'à certains moments, il convienne de préciser l'effet de ces contextes sur le sens ou la finalité de la participation communautaire. Quoique la participation sociale dans le domaine de la santé soit une question universelle, actuellement, on retrouve beaucoup plus souvent cette terminologie associée aux programmes ou aux systèmes de santé des pays en développement.

## Historique et définitions

L'origine de la participation communautaire aurait trois sources possibles selon Midgley (Midgley J. *et al.*, 1986). La première viendrait de l'idéologie occidentale basée sur les grandes valeurs démocratiques telles que la prise de décision par des citoyens ordinaires et l'autodétermination. La deuxième source possible voudrait que la décolonisation des pays en développement dans les années 1950 et 1960 soit à l'origine du mouvement de développement communautaire, stratégie favorisée premièrement par les missionnaires, puis adaptée par les Nations Unies pour promouvoir le développement social et économique des régions rurales des nouvelles nations. La troisième origine de la participation communautaire serait liée au travail social occidental qui favorise les actions politiques pour exiger des changements et des améliorations, et au radicalisme communautaire basé sur l'idéologie marxiste qui veut élever le niveau de conscience politique des opprimés.

Si l'influence de ces trois antécédents historiques a façonné la théorie de la participation communautaire, ce concept n'est devenu une approche cohérente au développement social qu'avec le programme de participation populaire des Nations Unies adopté dans les années soixante-dix.

Il existe de nombreuses définitions des termes «communauté» et «participation communautaire». En ce qui concerne la communauté, les deux dimensions le plus fréquemment citées sont la dimension géographique, correspondant à un territoire bien déterminé, et la dimension relationnelle, caractérisée par une cohésion sociale qui se développe par l'intermédiaire de liens interpersonnels. Pour Heller (1989), à l'origine, les communautés géographiques étaient constituées pour tirer des avantages stratégiques en termes économiques ou de sécurité du territoire. Mais ce type d'approche pour définir la communauté est très incomplet si l'on ne la considère pas dans ses dimensions dynamique et politique. La notion de communauté ne prend réellement d'intérêt que par rapport à des actions : pour certains, elle s'applique quand des individus ou des groupes partagent des intérêts qui sont souvent à la base d'actions. Ainsi pour Madan (1977), la preuve ultime de l'existence de la communauté est sa capacité d'agir de façon coopérative. La représentation de la communauté devient rapidement un enjeu politique et les structures communautaires reproduisent alors les structures politiques locales, comme Fassin *et al.* (1986) l'ont montré au sujet des comités de santé à Pikine, au Sénégal. A ce titre, il est très significatif de constater qu'au sein de ces comités, les véritables enjeux ne sont pas directement liés à la santé, mais concernent plutôt le contrôle des ressources financières et les processus électoraux et informels qui déterminent la composition de ces comités.

Plus concrètement, dans le domaine de la santé, les décideurs et les intervenants ne définissent généralement la communauté que dans sa dimension géographique, mais surtout, ils s'appuient sur ses représentants pour donner une justification communautaire aux choix techniques qu'ils font. En retour, les représentants de la communauté trouvent dans leurs fonctions sanitaires une reconnaissance qui légitime leur propre statut vis-à-vis de la population (Fassin *et al.*, 1986).

Définir la participation communautaire ou l'implication de la communauté semble une gageure. Après une revue récemment effectuée d'un échantillon de résumés de près de 600 articles scientifiques ayant utilisé ces termes durant ces vingt dernières années, les auteurs, après avoir constaté une nette tendance à l'augmentation de la fréquence de l'utilisation de ces terminologies, ne sont pas en mesure d'identifier les fondements qui sous-tendent ces concepts (Brannstrom *et al.* 1994).

Parmi les définitions les plus fréquemment citées, il faut mentionner celle des Nations Unies : «la création d'occasions qui permettent à tous les membres de la communauté et à la société en général de contribuer activement, d'influencer le processus développemental ainsi que de partager équitablement les bénéfices du développement» (Midgley, 1981).

Si l'on se réfère au domaine de la santé, les trois définitions suivantes illustrent les différentes notions que le terme peut recouvrir :

— «un processus social où des groupes définis qui partagent les mêmes besoins et qui vivent dans une région géographique circonscrite, poursuivent activement l'identification de leurs besoins, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour répondre à leurs besoins» (Rifkin *et al.*, 1988) ;

— «l'implication de la communauté dans l'administration et le financement des services de santé. Une pareille implication suppose que la communauté participe à la planification, l'organisation, l'exécution et au contrôle des soins de santé primaires, utilisant au maximum les ressources locales et nationales et d'autres ressources disponibles» (Agudelo, 1983) ;

— «un processus par lequel les individus et les familles, d'une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d'autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté» (UNICEF-OMS, 1978).

Godbout (1986) situe la participation communautaire à un autre niveau en lui conférant une connotation plus politique : «La participation communautaire, c'est le processus d'échange volontaire entre une organisation qui accorde un certain degré de pouvoir aux personnes touchées par elle et ces personnes qui acceptent en retour un certain degré de mobilisation en faveur de l'organisation. Pour constituer un phénomène stable, la participation suppose un équilibre entre pouvoir et mobilisation.»

## **Cadres conceptuels existants**

Plusieurs auteurs ont proposé des cadres conceptualisant la participation communautaire, leur contenu est très variable.

Arnstein (1969) a défini une classification de la participation communautaire en trois groupes, en fonction du niveau de pouvoir de la communauté. Dans le premier, on trouve la non-participation, incluant la manipulation. Le second comprend différents degrés de participation purement symboliques qui consistent à informer, à consulter ou encore à

concéder. Les degrés les plus élevés sont le partenariat, la délégation du pouvoir et finalement le contrôle par les citoyens. Cette classification constitue un gradient selon lequel un jugement de valeur est porté sur ce que recouvre la notion de participation communautaire.

Bracht et Tsouros (1990) proposent un cadre très exhaustif qui vise à comprendre les bases conceptuelles et les implications stratégiques de la participation des citoyens. Ils se concentrent sur cinq interrogations : le quoi, le où, le qui, le pourquoi et le comment. Les réponses à ces questions sont partielles, sans répondre directement au «quoi», les auteurs énoncent les différentes dénominations utilisées pour énoncer la participation communautaire (implication des citoyens, participation des usagers, recherche de consensus, contrôle communautaire, etc.). Le «pourquoi» n'est pas défini en fonction des fondements ou des raisons d'être de la participation communautaire mais plutôt des résultats attendus, des bénéfices ainsi que des obstacles tant aux niveaux individuel, organisationnel que culturel.

Le modèle développé par Uphoff, Cohen et Goldsmith (1979) a été conçu pour expliquer la participation dans le contexte des pays en développement. Le cadre est divisé en deux blocs principaux, les dimensions et les contextes de la participation. Le bloc des dimensions examine le «quoi», le «qui» et le «comment», tandis que le bloc des contextes se centre principalement sur les caractéristiques du projet et sur les facteurs endogènes et exogènes au projet. Là encore, le «quoi» décrit la forme de participation, c'est-à-dire l'implication des populations dans la prise de décision, dans l'implantation, dans l'évaluation, dans les bénéfices et/ou les conséquences négatives. Ce cadre met en évidence l'interaction dynamique de chacun des éléments. Par exemple, les facteurs endogènes et exogènes ainsi que les caractéristiques du projet influenceront sur le type et le niveau de participation et détermineront le type de participants. Mais inversement, le type de participants influencera les caractéristiques du projet, les facteurs endogènes et exogènes.

Roark (1987) identifie deux approches de la participation communautaire lors de l'implantation de projets d'eau potable, celle d'«amorçage» et celle de «responsabilité». D'après l'auteur, le développement communautaire a centré ses actions des quarante dernières années sur l'amorçage des projets. Maintenant, avec la notion de pérennité, les projets devraient être axés sur la responsabilité. Le développement devra être vu dans une perspective de «processus d'apprentissage plutôt que comme un mécanisme de causalité immédiate entre apports et résultats». Les facteurs de pérennité analysés dans ce cadre incluent : qui doit participer, comment le processus de participation est-il géré, quels sont les résultats de la participation et comment le processus d'évaluation est-il défini ? Des critères d'évaluation de la durabilité sont fournis pour chaque

composante. Bien que ce cadre s'applique à une problématique d'intervention, les facteurs exogènes qui influent sur la participation communautaire ne sont pas pris en considération.

Rifkin *et al.* (1988), en s'adressant au problème de la mesure de la participation communautaire dans les SSP, ont identifié cinq dimensions : l'identification des besoins, le leadership, l'organisation, la mobilisation des ressources et la gestion. L'appréciation de chacune de ces dimensions est faite grâce à une série d'indicateurs spécifiques. Une échelle de classement est établie afin de guider l'évaluateur dans sa codification (rôle de la communauté par rapport à celui joué par les professionnels dans la planification, la prise de décision, l'implantation, etc.). Une appréciation subjective est faite de chaque facteur en donnant une note de un à cinq sur un continuum ; le un correspondant à peu de participation et le cinq correspondant à un rôle élargi, plus autonome de la communauté dans son développement. Chacune de ces cinq dimensions constitue un axe, ces derniers sont disposés en rayons, ce qui permet de visualiser facilement l'état de la participation dans chacune de ses composantes. Cet instrument permet l'appréciation de la participation par un individu à un moment donné ou encore de comparer les résultats obtenus par deux évaluateurs différents. Une deuxième appréciation peut être faite ultérieurement afin de voir l'évolution de la participation.

Ces auteurs ont aussi identifié un sixième facteur, la préoccupation vis-à-vis des plus pauvres. Mais ils considèrent qu'il serait difficile de convertir ce facteur en indicateur de participation parce qu'il est très complexe d'identifier les plus pauvres dans une communauté et de distinguer les activités qui améliorent réellement le sort de cette population-cible à long terme. Les auteurs notent que leur modèle se limite à évaluer l'ampleur de la participation et non son potentiel d'impact social. Ce modèle n'a pas encore fait l'objet d'une critique systématique bien qu'il ait été appliqué dans au moins deux cas (Laleman et Annys, 1989 ; Bjaras *et al.*, 1991). En particulier, les fondements théoriques sur lesquels repose l'instrument n'ont pas été discutés, son développement est de nature empirique.

### **Identifier les valeurs qui sous-tendent la notion de participation communautaire**

Comme le montre cette revue, la signification accordée au terme de participation communautaire est très variable et ceci ne relève pas seulement de simples nuances sémantiques. On peut également noter que la

revue des cadres conceptuels de la participation communautaire laisse apparaître un grand vide à la source même de l'objet à l'étude, à savoir les valeurs ou les logiques qui sous-tendent cette notion. S'agit-il de la même participation communautaire quand on l'associe aux mécanismes de recouvrement des coûts en Afrique (Dumoulin et Kaddar, 1993) ou quand elle reflète la transformation des systèmes de santé dans des pays socialistes comme le Nicaragua ou la Tanzanie (New et Donahue, 1986) ? La difficulté généralement rencontrée pour caractériser la participation communautaire, de même que la diversité des orientations qui sont données au concept et à ses dimensions opérationnelles ne proviennent-elles pas également du fait que les prémisses, le plus souvent implicites, à la base de cette notion pourraient être totalement divergentes ? La nature et donc les expressions de la participation communautaire peuvent être différentes selon les valeurs qui les sous-tendent et la finalité qui lui est attribuée. Leur identification semble un préalable indispensable, mais elle doit s'effectuer en tenant compte de ses différents contextes d'application.

Deux types de situations extrêmes semblent devoir être considérées. Celles des démocraties, généralement occidentales car c'est le mode d'organisation politique qui y prédomine, où les enjeux de la participation communautaire peuvent aller jusqu'à une redistribution du pouvoir local ou central, mais où les structures sociales et le fondement même de l'État ne seront pas remis en cause ou le seront marginalement. Par opposition, dans les contextes que l'on peut qualifier de non-démocratiques et qui sont encore l'apanage de nombreux pays en développement du Sud, la participation communautaire peut comporter des enjeux radicalement différents et autrement majeurs, tels que la redistribution du pouvoir par une modification des structures sociales qui se veut parfois radicale.

Il est intéressant de noter que les perspectives des différents auteurs sont très variables selon les contextes explicites ou non auxquels ils réfèrent. Pour Brownlea (1987), dans le contexte de l'Australie ou de l'Amérique du Nord, l'enjeu principal de la participation communautaire est de remettre en question le modèle dominant du professionnalisme médical et cet auteur se situe dans une perspective consumériste. Bracht et Tsouros (1990) prennent la précaution de mentionner que leur modèle ne s'applique qu'aux contextes des pays occidentaux, car il est basé sur des relations consensuelles et non sur des situations où les enjeux peuvent conduire à des conflits sociaux importants.

A l'opposé, dans le contexte de l'Amérique Latine auquel Ugalde (1985) se réfère, la participation communautaire constitue parfois un enjeu politique d'une plus grande envergure. Elle ne peut actuellement mener à des changements profonds de la société car les régimes non démocratiques de ces pays permettent au contraire aux gouvernants de ne

pas remplir leurs devoirs les plus élémentaires vis-à-vis de la population et même d'accroître l'exploitation des plus pauvres en mobilisant de la main d'œuvre gratuitement. Le point de vue de Chabot et Bremmers (1988) concernant le Mali, bien que moins radical et peu inspiré de la dialectique marxiste, s'inscrit néanmoins dans la même perspective. Pour eux, le système socio-politique et un de ses sous-produits, le système de santé, ainsi que ses opérateurs n'ont, pour des raisons économiques, de pouvoir et capacités opérationnelles, ni la volonté, ni la capacité de répondre à des besoins directement exprimés par la communauté correspondant à ses véritables aspirations.

Dans les pays en développement, d'une part les enjeux internes de la participation communautaire peuvent être très variables et d'autre part, les interventions de santé sont souvent soutenues, pour tout ou partie, par des agences extérieures. Pour certaines, il peut s'agir d'un moyen d'introduire des modifications sociales que les régimes non-démocratiques ne permettent pas d'atteindre de façon pacifique. Pour d'autres, la participation communautaire est un des modes d'expression des différents groupes sociaux qui renégocient constamment leurs rapports ainsi qu'une manière d'élargir la base sur laquelle s'effectue la redistribution de la richesse matérielle. Les agences internationales et bilatérales de coopération internationale jouent un rôle particulier car elles influencent les politiques et les stratégies de la santé, ou d'autres secteurs, et ce faisant, elles introduisent des valeurs qui leur sont propres, mais que les pays en développement ne peuvent refuser au risque de voir l'aide diminuée ou supprimée. Ceci se reflète dans le propos de Stone (p. 412, 1992) : *«My study of a participatory development project in Nepal suggested that the current focus on community participation appears to be an attempt to promote the Western cultural values of equality and self-reliance (values not shared by the population), while ignoring alternatives values and perceptions of how development might work in rural, non Western societies of developing countries.»*

Une autre dimension de nature plus instrumentale prévaut chez bon nombre de promoteurs de la participation communautaire et se retrouve dans plusieurs modèles, à savoir le souci de voir les interventions ou les programmes recueillir l'adhésion de la population pour que le nombre d'utilisateurs soit maximal et que l'intervention soit jugée «coût-efficace». Dans sa recomposition de la participation communautaire perçue par les professionnels de la santé au Bénin, Sagbohan (1991) note que c'est «avant tout un moyen, une stratégie voulue et recherchée pour rationaliser les services de santé et étendre la couverture en soins de santé au plus grand nombre possible à un coût qui leur soit abordable». Cette perspective cohabite également avec celle qui considère la

participation communautaire comme un levier pour le développement des communautés.

Ces distinctions entre la participation communautaire de nature instrumentale et celle où les enjeux sont plus de nature politique et, à l'intérieur de cette dernière, l'ampleur des enjeux, transformation sociale ou redistribution plus consensuelle du pouvoir, nous amènent à proposer trois logiques à la base de la participation communautaire : utilitariste, démocratique et conscientisation ou renforcement de pouvoir. L'intérêt de cette distinction est que l'on doit s'attendre à ce que les manifestations (le comment), les acteurs (le qui), les lieux (le où) varient selon les perspectives dans lesquelles se situe la participation communautaire (le quoi et le pourquoi).

### **Conscientisation et renforcement du pouvoir populaire**

La participation de type renforcement de pouvoir ou conscientisation réfère à la pensée de Freire (1974), selon laquelle les structures sociales sont oppressives et doivent être changées par les individus pour leur permettre de prendre le contrôle de leurs vies et de leurs destinées. Ce courant de pensée s'alimente au concept rousseauiste et originel de la démocratie. Il rejoint les valeurs qu'accordent Laleman et Annys (1989) à la participation communautaire, en considérant que l'augmentation du niveau de conscience doit permettre aux communautés d'introduire des changements dans les structures qui nuisent à la réalisation de leurs besoins, et que la dynamique, qui s'instaure dans le cadre d'une action de santé, doit le dépasser et s'appliquer à une gamme plus large d'actions de développement.

Référant à ces principes de conscientisation et de renforcement de pouvoir, Labonté (1990) introduit une notion de gradient dans cette dynamique, qui n'est pas sans intérêt dans la perspective de caractériser et quantifier le phénomène de la participation communautaire. Il considère que le renforcement de pouvoir se développe selon un continuum sur lequel on peut identifier cinq nœuds ou étapes : le renforcement de pouvoir personnel, le développement d'un petit groupe, l'organisation de la communauté, la coalition de défense et l'action politique.

## **Jeu démocratique**

La participation de type démocratique s'inscrit dans la perspective de l'évolution du capitalisme vers un mode d'organisation plus démocratique : l'essence du capitalisme, l'accumulation de capital, restant intacte, mais la démocratie constituant le mode d'organisation politique le plus approprié car il minimise les conflits sociaux en redistribuant une partie de la richesse (Wolfe, 1977).

Décrivant la participation communautaire dans un projet de fluoration en Angleterre et au Pays de Galles, Piette (1990) souligne qu'il est nécessaire que les groupes minoritaires à risques et généralement défavorisés ou marginalisés soient représentés et actifs afin d'étendre et de protéger leurs pouvoirs. Ce genre de préoccupation nous semble décrire parfaitement la participation communautaire dans une logique de type démocratique.

## **Vision utilitariste**

La participation de type utilitariste, sans que cette dénomination ait, *a priori*, de connotations péjoratives, correspond à la préoccupation qu'ont de nombreux intervenants d'améliorer l'efficacité et l'impact de leurs interventions. De nombreux programmes, de santé ou autres, se sont avérés des échecs car les services qu'ils fournissaient, et que leurs promoteurs estimaient pertinents et adéquats, n'étaient pas ou peu utilisés par la population. Tumwine (1989) relate une expérience de participation communautaire au Zimbabwe, dans laquelle la participation visait à faire adhérer la population à un programme conçu par des professionnels dont l'attitude vis-à-vis de la population était paternaliste et où la population était perçue comme non motivée, non coopérative et peu disposée à participer si elle ne suivait pas les instructions qui lui étaient données. Ce cas de figure, très fréquent dans les pays en développement, illustre la participation de type utilitariste.

Cette distinction de trois types de participation communautaire ne doit pas être vue comme établissant des frontières imperméables entre eux. Ces trois types représentent plutôt des pôles entre lesquels la dynamique de la participation évolue. Ils ne sont également pas exclusifs. Dans un essai de synthèse des principales raisons invoquées pour justifier la participation communautaire dans le secteur de la santé, Rifkin (1990) identifie quatre axes majeurs :

1) l'introduction de changements de comportements dans des milieux où la technologie médicale est peu efficace pour améliorer la santé,

2) l'amélioration de l'utilisation des services de santé qui sont généralement pas ou peu utilisés, pour cela la population doit participer à tous les stades de la planification d'une intervention,

3) la mobilisation des ressources de la communauté,

4) l'augmentation de la confiance en soi et le développement du sens de l'auto-responsabilité, particulièrement chez les plus pauvres et défavorisés, ce qui doit conduire à élargir la participation à des activités communautaires de plus grande envergure.

Les arguments 2) et 3) obéissent à une logique utilitariste, le 4) rejoint la perspective de conscientisation et de renforcement de pouvoir et le 1) ne correspond pas une dynamique communautaire, car il s'applique à des comportements individuels dont les bénéficiaires sont avant tout individuels à moins que, comme Labonté (1990), on accepte de considérer que cela constitue la première étape d'un processus de conscientisation qui, lui, est de nature plus sociale.

Les deux approches de la participation identifiées par Roark (1987) d'«amorçage» et de «responsabilité» correspondent à une participation utilitariste pour la première tandis que la seconde vise l'investissement de pouvoir.

Ceci permet de définir de la façon suivante les trois types de participation communautaire.

La participation qui vise l'investissement de pouvoir est basée sur la notion selon laquelle l'émergence et la satisfaction d'un besoin dans une communauté constitue une opportunité pour élargir la base des besoins et aussi des expériences positives et des moyens pour satisfaire ces besoins. C'est un processus qui permet à un ou à des groupes défavorisés de prendre conscience des forces qui les oppriment, souvent de s'organiser et de se sentir capables d'effectuer des changements, d'où le sentiment de «s'investir de pouvoir». Un certain degré de conscience politique doit être atteint avant que les individus ne se sentent concernés et capables d'apporter des changements.

La participation démocratique cherche à répondre aux principes démocratiques, c'est-à-dire la représentativité des différents groupes, les élections, la liberté d'expression, le vote et l'égalité.

Dans la participation utilitariste, la dynamique initiale est impulsée de l'extérieur et la finalité est également définie de l'extérieur. Dans ce cas, la communauté se soucie principalement de répondre aux exigences de l'agence d'exécution (ou, dans un contexte élargi, des agences gouvernementales) qui implante le projet selon sa philosophie et agit selon les

contraintes des bailleurs de fonds (temps, ressources, efficacité, etc.). Un projet basé sur ce type de participation a comme point central l'*extrant* final : par exemple un projet de SSP aura comme finalité principale une bonne utilisation des services mis en place et, par conséquence, une réduction de la morbidité et/ou de la mortalité.

On peut également noter que deux de ces trois valeurs qui sous-tendent la participation communautaire correspondent à des courants historiques qui ont façonné la participation communautaire selon Midgley *et al.* (1986) : la logique de renforcement de pouvoir correspond au radicalisme communautaire basé sur l'idéologie marxiste et la logique démocratique aux valeurs du même nom qui renforcent le rôle du citoyen ordinaire.

### Mesurer la participation communautaire

Quelle que soit la finalité sous-jacente à la participation communautaire, afin de la mesurer, il faut identifier les lieux où elle peut s'exprimer. Toujours en se référant aux pays en développement, c'est dans le cadre de projets ou de programmes que ce phénomène peut être le mieux appréhendé. Dans cette perspective, le cadre de référence de Rifkin *et al.* (1988) s'avère très utile. En effet, à défaut de caractériser la participation communautaire, il identifie ses lieux d'expression (3).

Les cinq lieux où s'exerce la participation communautaire tels qu'identifiés par Rifkin peuvent être définis de la façon suivante :

1) le leadership se réfère aux personnes qui ont la capacité d'exercer de l'influence dans le sens qu'ils souhaitent sans recourir à la contrainte. Il en résulte que ces personnes ont du pouvoir au sein d'un groupe ou d'une communauté ;

2) l'identification des besoins inclut la détermination et la *priorisation* des besoins au sein d'une communauté ;

3) l'organisation regroupe les structures, les méthodes et le mode de fonctionnement qu'un groupe se donne pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixés ;

4) la mobilisation des ressources fait appel aux actions qui peuvent stimuler une contribution pour une cause donnée ;

5) la gestion concerne l'ensemble des activités mises en place pour le fonctionnement rationnel d'une organisation de manière à faciliter la réalisation de ses objectifs.

(3) Ces derniers ayant connu un grand nombre d'échecs, cette stratégie vise également à rechercher l'adhésion de la population par des moyens le plus souvent non explicites.

A partir des deux notions de logiques de participation communautaire et de lieux d'expression, il est possible de définir un cadre conceptuel de mesure. Chacune de ces dimensions constituant un axe, les trois niveaux du premier et les cinq du second déterminent quinze «lieux-types» de la participation communautaire. Ce cadre peut comporter une troisième dimension de nature opérationnelle et qui regroupe les sources d'information qui doivent permettre d'alimenter la mesure des «lieux-types».

Ces «lieux-types» ne peuvent être définis opérationnellement que dans les contextes où ils s'appliquent, tant les caractéristiques de l'intervention, de ses promoteurs et du milieu socio-politique sont déterminants.

## Conclusion

La participation communautaire est un sujet particulièrement complexe et les interprétations variées qu'en font ses différents promoteurs ajoutent une forme de confusion qui ne facilite pas la compréhension de son rôle en tant qu'élément du processus ou finalité des actions sanitaires dans les pays en développement. Il semble que la nature et les finalités de la participation communautaire sont ces prémisses non explicitées à partir desquelles cette confusion se développe. L'identification des logiques qui sous-tendent la participation communautaire devrait permettre de combler une partie de ce vide.

La réflexion qui est amorcée vise essentiellement à caractériser les valeurs implicites de la participation communautaire sans chercher à les hiérarchiser ou à porter un jugement de valeur. On peut nettement distinguer les interprétations instrumentales de la participation communautaire (utilitariste) de celles aux connotations sociales plus larges. Selon les contextes, elles peuvent avoir comme finalité une redistribution du pouvoir dans un cadre consensuel (démocratique) ou conduire à des transformations beaucoup plus radicales des structures sociales (investissement de pouvoir).

Les pays en voie de développement constituent des milieux où ces deux dernières orientations coexistent fréquemment. Le renforcement de pouvoir correspond à un mode d'expression et de recherche de liberté dans des pays souvent peu ou pas démocratiques. Les valeurs démocratiques sont fréquemment introduites voire imposées par des agences extérieures. On peut également faire une lecture socio-politique de la participation de type utilitariste qui serait alors vue comme un moyen

d'améliorer marginalement certaines situations tout en maintenant les différences sociales et en évitant les transformations radicales.

Ces différentes expressions de la participation communautaire peuvent coexister et l'intérêt réside dans l'observation de l'évolution de la dynamique communautaire, une participation amorcée sur un mode utilitariste pouvant évoluer vers une forme différente, porteuse de plus grands espoirs de transformations des conditions de vie et de santé des populations.

Caractériser puis mesurer la participation communautaire ne sont pas des exercices de style futiles. Au moment où cette notion occupe une place prépondérante dans le discours des professionnels de la santé, il serait utile de préciser ce que l'on entend et surtout ce que l'on attend de la participation communautaire. Cette clarification permettrait de réévaluer des stratégies qui se basent sur cette notion et d'éviter une dérive rhétorique. Par exemple, pour certains, il semble que dans les pays en voie de développement, il faudrait que les populations participent au développement des services de santé pour qu'elles les utilisent par la suite. De quelle forme de participation parle-t-on : est-elle réellement reliée à l'utilisation des services de santé ou alors les populations n'aspireraient-elles pas tout simplement à disposer de services de qualité et de professionnels consciencieux et respectueux ? Il est certain qu'il est plus aisé de parler de la participation communautaire comme hypothétique solution de problèmes criants que de qualité des services ou de changements de comportements des professionnels.

Il serait difficile de conclure sans faire allusion à quelques dérives auxquelles la rhétorique a conduit. La plus importante concerne l'association abusive de la participation communautaire à l'introduction de systèmes de recouvrement direct des coûts. Cette mesure, connue maintenant sous le nom d'Initiative de Bamako (IB), est en voie de devenir l'élément central des politiques de santé des pays en Afrique sub-saharienne. Dans une récente et excellente revue de la question, Dumoulin et Kaddar (1993) montrent que les avantages attendus de l'IB, qu'il s'agisse de l'accroissement des ressources disponibles, de l'amélioration de la qualité des soins, de l'équité et de l'efficacité, sont loin d'être probants. On est alors en mesure de se demander si, dans le cas de l'IB, la participation communautaire n'est pas un vocable vide de sens ou même détourné de son sens, car il signifie que les usagers des pays déjà les plus démunis doivent payer leurs services, ce qui, en aucun cas, ne s'apparente à de la participation. On pourra rétorquer que les usagers contrôlent les ressources générées, ce qui est illusoire car ces dernières servent avant tout au réapprovisionnement en médicaments, aux salaires et autres primes du personnel de santé et que, comme on l'a vu, les instances communautaires

sont loin d'être le lieu d'expression des préoccupations réelles de la population (Fassin *et al.*, 1986). De là à considérer qu'il s'agit pour les gouvernants d'une stratégie de désengagement de l'État et d'une manifestation de leur peu d'intérêt pour la condition populaire, il n'y a qu'un pas à franchir pour rejoindre les thèses radicales de Madan (1987) et d'Ugalde (1985).

Dumoulin et Kaddar (1993) soulèvent également la question de la qualité des services de santé qui devrait constituer une préoccupation majeure des gouvernants et des décideurs du domaine de la santé. Il faut rappeler que la logique opérationnelle de l'IB repose sur l'équation suivante :

$$\begin{array}{c} \text{augmentation des coûts + augmentation de la qualité} \\ = \\ \text{utilisation augmentée} \end{array}$$

Bien que certains (Litvack et Bodart, 1993) prétendent que l'équation est vérifiée, d'autres mentionnent que les éléments de la qualité auxquels les utilisateurs des services de santé sont sensibles sont différents de ceux que les professionnels jugent prioritaires (Gilson *et al.*, 1994). Haddad et Fournier (1995) montrent dans une étude longitudinale au Zaïre que les éléments de la qualité qui peuvent avoir un effet protecteur vis-à-vis de l'augmentation des coûts sont essentiellement les attributs personnels des professionnels de la santé et les relations qu'ils entretiennent avec les communautés. N'est-ce-pas dans l'amélioration de la qualité des services de santé telle qu'elle est perçue par les usagers, sans pour autant négliger la perspective professionnelle, que l'on pourrait voir le souci des gouvernants de trouver une solution à la crise que traversent les systèmes de santé des pays de l'Afrique sub-saharienne, sans pour autant remettre le fardeau de la tâche sur les populations les plus démunies ?

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agudelo C.A., 1983, Community participation in health activities, some concepts and appraisal criteria, *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 17, 375-385.

Arnstein S., 1969, A ladder of citizen participation, *American Institute of Planners Journal*, 216-224.

- Banque Mondiale, 1993, *Investir dans la santé*, Rapport sur le développement dans le monde, Washington DC, USA.
- Bjaras G., Haglund B.J.A., Rifkin S.B., 1991, A new approach to community participation assessment, *Health Promotion International*, 6(3), 199-206.
- Bracht N., Tsouros A., 1990, Principles and strategies of effective community participation, *Health Promotion International*, 5(3), 199-208.
- Brannstrom I.A., Persson L.A.M., Wall S.I., 1994, Towards a framework for outcome assessment of health intervention, Conceptual and methodological considerations, *European Journal of Public Health*, 4, 125-130.
- Brownlea A., 1987, Participation : myths, realities and prognosis, *Social Science and Medecine*, 25(6), 605-614.
- Chabot H.T.J., Bremmers J., 1988, Government health services versus community : conflict or harmony ? *Social Science and Medecine*, 26(9), 957-962.
- Dumoulin J., Kaddar M., 1993, Le paiement des soins par les usagers dans les pays d'afrique sub-saharienne : rationalité économique et autres questions subséquentes, *Sciences Sociales et Santé*, 9, 81-119.
- Fassin D., Jeannée E., Salem G., Révillon M., 1986, Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal), *Sciences Sociales et Santé*, 4, 205-221.
- Freire P., 1974, *Pédagogie des opprimés*, La Découverte/Maspéro, Paris.
- Gilson L., Alilo M., Heggenhougen K., 1994, Community satisfaction with primary health care services : an evaluation undertaken in the Morogo region of Tanzania, *Social Science and Medecine*, 39, 767-780.
- Godbout J., 1986, *La participation contre la démocratie*, Editions Saint Martin, Montréal.
- Grellet G., 1986, *Structures et stratégies du développement économique*, Presses Universitaires de France, Paris.
- Haddad S., Fournier P., 1995, Cost, quality and utilization of health services : a longitudinal study in the Rural Health Zone of Nioki, Zaire, *Social Science and Medecine*, in press.
- Heller K., 1989, The return to community, *American Journal of Community Psychology*, 17, 1-15.
- Labonté R., 1990, Empowerment : notes on professional and community dimensions, *Canadian Review of Social Policy*, 26, 64-75.
- Laleman G., Annys S., 1989, Understanding community participation : a health programme in the Philippines, *Health Policy and Planning*, 4(1), 251-256.
- Litvack J.I., Bodart C., 1993, User fees plus quality equals improved access to health care : results of a field experiment in Cameroon, *Social Science and Medecine*, 37, 369-383.

Madan T.J., 1987, Community involvement in health policy : socio-structural and dynamic aspects of health beliefs, *Social Science and Medicine*, 26(9), 615-620.

Midgley J., 1981, *Popular participation as a strategy for promoting community level action and national development*, United Nations, N.Y.

Midgley J., Hall A., Hardiman M., Narine D., 1986, *Community participation, social development and the state*, Methuen, NY, 181 p.

New P.K., Donahue J.M., 1986, Strategies for primary health care by the year 2000 : a political economic perspective, *Human Organization*, 45, 96-103.

Piette D., 1990, Community participation in formal decision-making mechanisms, *Health Promotion International*, 5(3), 187-197.

Rifkin S.B., Muller F., Bichmann W., 1988, Primary health care : on measuring participation, *Social Science and Medicine*, 26(9), 931-940.

Rifkin S.B., 1990, *Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale*, OMS, Genève.

Roark P., 1987, *Nouveaux cadres de participation pour la conception et la gestion des projets durables de distribution d'eau et d'assainissement*, Rapport technique de WASH n° 52, Rapport PROWESS 50, USAID, NY.

Sagbohan M., 1991, *Une analyse de la participation communautaire aux soins de santé primaires : l'expérience du projet de développement sanitaire de Pahou dans le sud du Bénin*. Essai présenté dans le cadre de la maîtrise en santé communautaire, Université Laval.

Segall M., 1987, Haikko declaration on actions for primary health care, *Health Policy and Planning*, 2(3), 258-265.

Stone L., 1992, Cultural influences in community participation in health, *Social Science and Medicine*, 35, 409-17.

Tumwine J.K., 1989, Community participation as myth or reality : a personal experience from Zimbabwe, *Health Policy and Planning*, 4(2), 157-161.

Ulgade A., 1985, Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs, *Social Science and Medicine*, 21(1), 41-53.

UNICEF-OMS, 1978, *Les soins de santé primaires*, UNICEF-OMS Genève.

Unger J.P., Killingsworth J.R., 1986, Selective primary health care : a critical review of methods and results, *Social Science and Medicine*, 22(10), 1001-1013.

Uphoff N., Cohen J., Goldsmith A., 1979, *Feasibility and application of rural development participation : a state-of-the-art paper*, Rural Development Committee, Center for International Studies, Cornell University, NY.

Walsh J.A., Warren K.S., 1979, Selective primary health care, *New England Journal of Medicine*, 301(18), 967-974.

Wisner B., 1988, GOBI *versus* PHC ? Some dangers of selective primary health care, *Social Science and Medicine*, 26(9), 963-969.

Wolfe A., 1977, *The limits of legitimacy, Political contradictions of contemporary capitalism*, The Free Press, New York.

---

### ***ABSTRACT***

---

#### **Community involvement and health programmes : the dogma fundamentals**

The Community involvement is an important dimension in the strategy of development which constitutes an element of progress and an aim. It has become fundamental in composing health interventions and is systematically associated with primary health care. A review of the speeches, the definitions and the conceptuels cadres of the community involvement applied to the health sector leaves an empty appearance in the level of the basic premise of the concept, a generator of confusions. This brings to identify three forms of non exclusive logic that underlies : the reinforcement of power or conscience, the democratic game and finally the utilitarian vision. The determination of what and why the community involvement in the programmes where the health system is not a simple operational exercise : it ought to permit to clarify the stakes to which it has been attached and the waiting that one can have regarding this strategy and to evenly separate the rhetoric surrounded by this concept which is interfering more and more. It hardly hides its intentions and the manoeuvre of distant values that can have the community involvement. This step opens evenly the way to trials of the measure of the community involvement that is more probing than what has been already produced to this day.

## ***RESUMEN***

### **Participación comunitaria y programas de salud**

La participación comunitaria es una dimensión importante de las estrategias de desarrollo pues es a la vez un elemento del proceso y una finalidad. Se volvió un componente fundamental de las intervenciones de salud y resulta sistemáticamente asociada con la asistencia primaria. Un censo de los discursos, de las definiciones y de los marcos conceptuales de la participación comunitaria aplicados al sector de la salud deja aparecer un vacío a nivel de los fundamentos del concepto, el cual genera confusiones. Eso lleva a identificar tres formas de lógicas no exclusivas que lo fundamentan : el fortalecimiento de poder o conciencización, el juego democrático y finalmente la visión utilitarista. La determinación del qué y del porqué de la participación comunitaria en los programas o sistemas de salud resulta ser más que un ejercicio de estilo. Debe aclarar los problemas que se relacionan con dicha participación y las expectativas que podemos tener respecto a esta estrategia, además de rechazar la retórica en torno a este concepto. Dicha retórica resulta ser cada vez mas invasora. Disimula intenciones y maniobras muy alejadas de los valores que puede tener la participación comunitaria. Además este enfoque permite medir la participación comunitaria de manera mas satisfactoria.