

**PARTICIPATION  
COMMUNAUTAIRE  
AUX PROGRAMMES DE SANTÉ  
MATERNELLE ET INFANTILE  
PLANIFICATION FAMILIALE**

**SUSAN B. RIFKIN**



**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ**

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endigement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses : développement des soins de santé primaires pour que toute la population puisse y avoir accès ; promotion de la santé maternelle et infantile ; lutte contre la malnutrition ; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre ; la variole étant d'ores et déjà éradiquée, promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables ; amélioration de la santé mentale ; approvisionnement en eau saine ; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes : établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques ; formulation de critères de salubrité de l'environnement ; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques ; application du Règlement sanitaire international ; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès ; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

# **Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile Planification familiale**

Analyse sur la base  
d'études de cas

**Susan B. Rifkin**  
Ecole d'hygiène  
et de médecine tropicale  
de Londres



Organisation mondiale de la Santé  
Genève  
1990

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Rifkin, Susan B.

Participation communautaire aux programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale : analyse sur la base d'études de cas.

1. Community health services — organization & administration  
2. Consumer participation 3. Maternal health services —  
organization & administration 4. Child health services —  
organization & administration 5. Primary health care

ISBN 92 4 256135 5

(NLM Classification : WA 310)

© Organisation mondiale de la Santé, 1990

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Les opinions exprimées dans cette publication n'engagent que son auteur.

IMPRIMÉ EN FRANCE

89/8259 - Granchamp - 2000

---

# Table des matières

<b>Préface</b>	v
<b>Introduction</b>	vii
<b>Chapitre 1<sup>er</sup>. Bref historique de la participation communautaire aux soins de santé</b>	1
Le développement des soins de santé primaires	1
Soins de santé primaires et développement communautaire	4
Participation communautaire et activités de SMI/PF	7
<b>Chapitre 2. Que faut-il entendre par « participation communautaire » ?</b>	11
Quelques interprétations	11
Signification fonctionnelle	12
<b>Chapitre 3. Facteurs et caractéristiques d'un programme : cadre général de l'analyse</b>	19
Types de programmes	19
Facteurs descriptifs	19
Facteurs d'action	20
<b>Chapitre 4. Conclusion : leçons à tirer de l'analyse et points restant à élucider</b>	39
Résumé	39
Limites	39
Possibilités	41
<b>Bibliographie</b>	43



---

# Préface

La présente mise au point a été rédigée à la demande de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), sur la base d'études de cas patronnées par des organisations, gouvernementales ou non gouvernementales, dans de nombreux pays en développement. Les éléments de base ont été réunis à partir des publications et des dossiers de nombreuses organisations : OMS, UNICEF, Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique (USAID), American Public Health Association (APHA), Organisation panaméricaine de la santé (OPS), Population Council, Centre de recherche pour le développement international (CRDI), Agence canadienne pour le développement international (ACDI), Conseil international de l'éducation des adultes (ICAE) et Oxford committee for Famine Relief (Oxfam). Des discussions avec divers membres de ces organisations ont permis de savoir ce qu'ils pensaient de l'apport de la participation communautaire à des programmes qu'ils connaissaient bien. Par ailleurs, l'auteur s'est inspiré de son expérience concrète personnelle, acquise lors de travaux de recherche en Asie.

## Remerciements

L'auteur tient à exprimer sa gratitude à tous ceux qui ont consacré leur temps et leurs efforts à rassembler la documentation de la présente étude et à lui exposer leurs vues ; des remerciements sont plus particulièrement dus aux personnes suivantes : Dr Manuel Carballo (OMS), Dr Mark Belsey (OMS),

Dr Karin Edström (OMS), M. Ralph Diaz (UNICEF), Mme Beth Preble (UNICEF), Dr Maria MacDonald (IPPF), Dr Antonio Solis (OPS), Mme Marilyn Rice (OPS), Dr Gerald Bailey (USAID), Dr Susi Kessler (APHA), Dr Wayne Stinson (APHA), Dr Mike Favin (APHA), Dr Margaret McEvoy (Population Council), Dr Karl Smith (CRDI), Mme Nancy Gerein (ACDI), Mme Joyce Frieson (ACDI), M. Brian Pratt (Oxfam) et Mme Jo Boyden. Une mention spéciale doit être faite du soutien apporté à l'étude par M. Phillip Payne et le Département de nutrition humaine de l'Ecole d'hygiène et de médecine tropicale de Londres.



---

# Introduction

Depuis qu'a été adoptée, il y a une dizaine d'années, la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires, on est de plus en plus conscient du rôle important que peut jouer la participation communautaire dans l'amélioration de la situation sanitaire, notamment dans les pays en développement, parmi les populations pauvres et mal desservies, sur le plan des soins. L'affinement de ce concept et les diverses tentatives des planificateurs en vue de l'incorporer dans les programmes de soins de santé, nouveaux ou existants, ont donné lieu à une littérature abondante ; si les publications sont de longueur et de qualité inégales, elles n'en sont pas moins riches en enseignements pour tous ceux qui s'intéressent à la question.

On se propose dans ce qui suit de passer en revue toute une série de programmes de santé maternelle et infantile/planification familiale (SMI/PF) afin de voir s'il est possible de discerner, sur la base de cette expérience concrète, des facteurs et conditions favorables à une participation communautaire efficace.

Le texte est divisé en quatre chapitres. Le premier fait un bref historique de la participation communautaire aux soins de santé en mettant l'accent sur les changements d'attitude intervenus depuis la Seconde Guerre Mondiale, l'influence des idées du développement communautaire sur la participation communautaire aux soins de santé et, plus particulièrement, les activités de SMI/PF dans le cadre des soins de santé primaires. Le chapitre suivant est consacré aux diverses interprétations qu'on peut donner de la participation communautaire, en insistant sur celles qui intéressent le plus directement la prestation des services de SMI/PF. L'idée avancée est qu'il serait sans doute possible, en déterminant l'identité et les motivations des participants ainsi que les modalités de

cette participation, d'aboutir à une définition fonctionnelle du terme qui permette aussi de formuler clairement les objectifs d'un programme.

Le cadre analytique de l'étude est présenté au chapitre 3 où figure la description de programmes concrets, sur la base de leurs objectifs et des méthodes mises en œuvre pour y parvenir. Deux séries de facteurs sont proposés pour faire le point de l'avancement d'un programme à un instant donné et voir dans quelle mesure ses objectifs ont été atteints. La première série rassemble des « facteurs descriptifs » qui concernent principalement le cadre général et les structures, par exemple la culture nationale et l'histoire et l'organisation des pouvoirs publics. La seconde série regroupe des « facteurs d'action », autrement dit des facteurs qui ont une influence sur les planificateurs et organismes en cause ; il s'agit par exemple de l'évaluation des besoins, de l'organisation communautaire, de la gestion du programme, de la mobilisation des ressources, de la direction et animation du programme et de la priorité donnée aux besoins des plus démunis. Le dernier chapitre concerne l'application du cadre ainsi défini aux études de cas, la possibilité d'établir les conditions qui assurent l'efficacité de la participation communautaire et les limites de cette approche.

Pour déterminer ce qu'on entend par participation communautaire, on s'est interrogé sur trois points :

Motivations de la participation

Identité des participants

Modalités de la participation.

Outre qu'elles fournissent une réponse pluridimensionnelle, ces questions permettent de formuler clairement les objectifs d'un programme. Sur cette base, on a classé les types de programme connus d'après la littérature et déterminé les facteurs qui ont influé sur les modalités de la participation communautaire à ces programmes.

Afin d'illustrer certains des points évoqués dans les sections consacrées à la définition de la participation communautaire et à la description d'une série de facteurs, quelques programmes sont rapidement présentés. Comme plusieurs de ces exemples reposent sur des documents d'archives, non publiés, et qu'ils n'ont d'autre but que de servir d'illustration, sans volonté d'analyse ou de critique, les projets ne sont pas désignés par leur intitulé exact, mais seulement rattachés à un pays.

La présente étude ne vise pas à faire une présentation exhaustive des programmes de santé comportant des services de SMI/PF

et faisant appel à la participation communautaire, ni à constituer une analyse définitive de la dynamique et du développement de l'interaction communautaire dans l'utilisation et la prestation des services de santé. Il s'agit seulement d'établir une base qui permette aux planificateurs intéressés par la participation communautaire de prendre conscience de certains des problèmes gestionnaires et comportementaux qui risquent le plus d'influer sur le déroulement des programmes dont ils ont la responsabilité. En proposant une série d'objectifs possibles pour les programmes et en indiquant les facteurs qui permettent de savoir dans quelle mesure ces objectifs ont été atteints, modifiés ou abandonnés, l'étude met en lumière certains des principaux problèmes posés et possibilités offertes par les programmes de santé basés sur la communauté. On se propose ainsi de fournir un cadre à partir duquel organiser la gestion et prendre en compte les aspects humains de ces programmes, et de mettre à la disposition des planificateurs un instrument d'analyse utile pour la discussion des objectifs et orientations de leurs programmes, à la fois entre eux et avec divers membres de la communauté.

Sur les centaines de dossiers dépouillés par l'auteur, une quinzaine seulement comportaient une analyse approfondie de la participation communautaire, soit dans les programmes de santé en général, soit dans les programmes dotés d'un élément SMI/PF. C'est dans une publication, parue sous le titre *Community involvement in primary health care : a study of the process of community motivation and continued participation* (UNICEF/OMS, 1977), qu'on trouve l'une des premières tentatives en vue de définir et décrire certains des facteurs qui conditionnent un engagement communautaire efficace. Les études de l'American Public Health Association (APHA, 1977, 1983) et de la Fédération mondiale des Associations de la santé publique (WFPHA, 1984) présentent une classification des méthodes de participation communautaire adoptées dans les divers programmes, mais elles n'entrent pas dans la discussion des modalités selon lesquelles la participation s'instaure. La publication de la WFPHA sur la formation des agents de santé communautaires est la première qui traite des problèmes plus profonds en cause. L'une des meilleures études analytiques sur la question est consacrée à la satisfaction des besoins essentiels des populations rurales pauvres (Coombs, 1980) ; elle passe en revue les problèmes posés et les possibilités offertes par la participation communautaire au cours d'une certaine période puis examine les modifications qui ont été apportées aux programmes, une fois démontré le caractère erroné d'hypothèses antérieures et constaté l'échec des méthodes précédentes. Une étude plus récente (Carino

et al., 1982) est consacrée à cinq programmes conduits aux Philippines, sous le patronage des pouvoirs publics ou d'organisations non gouvernementales, et propose des méthodes pour mesurer l'efficacité des programmes de santé exécutés avec la participation de la communauté. De toutes les études examinées ici, c'est la seule qui traite directement de cette question.

Une excellente analyse est due à l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS, 1984). Sur la base d'études conduites dans huit pays de la Région qui relève de cette organisation, elle dégage des enseignements utiles pour les planificateurs travaillant dans les services officiels ou des organisations non gouvernementales. Les diverses évaluations de l'Oxfam concernant ses propres programmes de terrain, qui portent sur le problème général de la participation communautaire aux soins de santé, présentent également un intérêt sur le plan analytique. Mais ces évaluations ont été exécutées à la demande du Siège de l'organisation et non en tant qu'études systématiques de la participation communautaire aux soins de santé. Enfin, il faut citer divers rapports — deux évaluations du CRDI, un rapport d'un chercheur de l'APHA sur une étude de terrain et trois ou quatre articles rassemblés dans *Practising health for all* (Morley et al., 1983) — qui apportent des éclaircissements sur des points particuliers. Dans l'ensemble, il est étonnant, quand on sait la masse des publications qui sont parues sur la question, de constater l'extrême rareté des études où l'on a tenté d'analyser le concept et ses implications pour les programmes.

## Chapitre 1<sup>er</sup>.

---

# **Bref historique de la participation communautaire aux soins de santé**

## **Le développement des soins de santé primaires**

L'intérêt porté à la participation communautaire aux soins de santé n'est pas nouveau ; pendant des siècles, les guérisseurs ont bénéficié du soutien de la communauté et, aujourd'hui encore, c'est un aspect dominant de certaines cultures traditionnelles. Au 19<sup>e</sup> siècle, on y a vu un facteur fondamental des mouvements en faveur de la santé publique qui ont balayé l'Europe — en particulier au Royaume-Uni — et l'Amérique du Nord. Aujourd'hui, de nombreuses organisations internationales, notamment l'UNICEF et l'OMS, soulignent l'importance de l'engagement communautaire en faveur des soins de santé — base du progrès sanitaire dans le monde entier.

L'accent ainsi mis sur la participation communautaire est l'aboutissement de deux tendances qui sont apparues après la Seconde Guerre mondiale. La première a consisté dans la renonciation progressive à une illusion, à savoir la capacité du système médical de type « occidental » à améliorer la santé de la majorité des habitants de la planète. Elaboré dans les pays industriels et mettant l'accent sur le traitement curatif en milieu hospitalier et sur des relations directes entre médecin et patient, ce système avait été transposé tel quel dans les colonies de ces mêmes pays. La décolonisation a brutalement mis en lumière ses insuffisances. Les nouvelles nations n'avaient ni l'infrastructure nécessaire pour le maintenir en vigueur ni l'argent voulu pour faire face à son coût élevé. De plus, comme ce système était principalement mis en œuvre dans les agglomérations urbaines et bénéficiait avant tout aux personnes disposant d'un revenu suffisant pour payer les ser-

vices correspondants, il négligeait la majorité des habitants du pays, vivant en zone rurale et n'ayant à peu près aucun accès à des soins de santé, de quelque type que ce soit.

Devant la crise de la santé qui a commencé à apparaître de ce fait, on a proposé une solution logique : reléguer au second plan ce type de services médicaux et le recours aux techniques nouvelles et mettre l'accent sur des soins de santé préventifs et décentralisés, axés sur la communauté et fondés sur les priorités épidémiologiques. La prestation de services de santé était ainsi conçue en termes de politique sociale et non de progrès technique. Les planificateurs pensaient que l'éducation pour la santé contribuerait beaucoup, en développant les connaissances de la population, à améliorer la situation sanitaire. Mais, peu à peu, cette politique a dégénéré en un simple enseignement, généralement dispensé par des experts à des profanes et ne contribuant que fort peu à l'amélioration escomptée. On a donc adopté de nouvelles conceptions pour la prestation des soins de santé, en rejetant les politiques émanant du « sommet » et une éducation pour la santé qui n'avait d'autres objectifs que la communication de connaissances. Beaucoup commençaient à comprendre qu'il fallait faire participer à la planification des services de santé ceux pour qui ces services étaient le plus nécessaires.

Bref, on s'est de plus en plus aperçu qu'il est essentiel — vu les écarts qui existent entre sociétés urbaines et rurales, groupes ethniques et régionaux et populations aux valeurs et modes de vie différents — que le consommateur, autrement dit, la communauté, ait son mot à dire au sujet des services de santé mis à sa disposition. En d'autres termes, il faut, si l'on veut parvenir à une amélioration sensible de la situation sanitaire, que les collectivités prennent part aux décisions sur les services de santé.

La deuxième tendance qui a marqué l'après-guerre est que, désormais, la politique de santé publique a cessé d'être considérée comme exclusivement axée sur le traitement curatif des maladies pour apparaître comme faisant partie intégrante de la politique générale de développement national. Conformément aux vues d'un économiste suédois, Myrdal, on a vu de plus en plus dans la santé un « investissement humain » (Myrdal & King, 1972). De ce fait, les services de santé ont cessé d'être le domaine réservé du corps médical pour devenir l'un des éléments de la planification globale du développement économique. Les débats sur les « besoins essentiels », la « justice sociale » et la « participation de la population » ont dès lors commencé à englober les soins de santé.

Le développement de ces deux tendances a abouti à la notion de soins de santé primaires. Conformément à la définition donnée

à Alma-Ata, en 1978, par l'OMS et l'UNICEF, « les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer... » (OMS, 1978). Ces soins se caractérisent par les principaux aspects ci-dessous :

- 1) La santé n'est pas uniquement l'affaire du secteur correspondant vu qu'elle subit l'influence des activités menées dans d'autres secteurs du développement, par exemple l'éducation, le logement ou l'agriculture. Il est donc indispensable que toutes ces activités soient intégrées.
- 2) Un facteur décisif pour l'amélioration de la situation sanitaire est d'arriver, grâce à une participation communautaire permanente, à l'autoresponsabilité et à la conscientisation sociale.
- 3) Pour parvenir à améliorer les soins de santé, il est essentiel que la communauté définisse ses propres besoins et propose des méthodes pour les satisfaire.
- 4) La décentralisation est indispensable pour répondre aux besoins de la communauté et résoudre les problèmes posés.
- 5) Par ses ressources, financières et humaines, la communauté peut fournir une contribution importante aux activités dans les domaines de la santé et du développement.

La participation communautaire est considérée comme l'élément capital des soins de santé primaires puisque ceux-ci ne consistent pas dans la mise en œuvre des techniques médicales de pointe, mais bien dans l'application des méthodes qui ont fait leurs preuves face aux problèmes sanitaires des populations pauvres et défavorisées dont la plupart vivent en zone rurale dans les pays en développement. Les partisans de la méthode sont convaincus que c'est uniquement en faisant participer à la prestation des services ceux qui ont le plus besoin de soins qu'on pourra agir réellement sur la maladie et que seul l'engagement communautaire permettra d'assurer aux populations aujourd'hui négligées des soins de santé culturellement acceptables.

Loin de se borner à se faire les avocats de soins de santé primaires fondés sur la participation communautaire, l'OMS et l'UNICEF ont entrepris des activités destinées à en promouvoir l'application pratique. En élaborant une stratégie de la « santé pour tous d'ici l'an 2000 », l'OMS s'est attachée à étudier le rôle des membres de la communauté dans la prestation des services de

santé. Par exemple, elle a encouragé la confrontation des expériences acquises dans des pays où l'on avait eu recours à des agents de santé communautaires et elle a soutenu des travaux de recherche destinés à établir dans quelle mesure la participation communautaire aux services de santé avait amélioré la situation sanitaire. De plus, l'OMS s'est efforcée d'intégrer la participation communautaire dans plusieurs domaines spécialisés de l'action sanitaire. C'est ainsi que les responsables de la lutte contre les maladies transmissibles ont étudié les méthodes susceptibles d'assurer la participation à leurs efforts des membres de la communauté et ont incorporé des éléments « participation communautaire » dans leurs modules de formation.

L'UNICEF a adopté une approche plus intégrée selon laquelle la participation communautaire s'instaure peu à peu, dans le cadre d'un certain nombre d'activités de développement communautaires (examinées à la section suivante) qui viennent s'ajouter à l'action dans les services de santé, à savoir la production vivrière, la nutrition, l'eau et l'assainissement, l'éducation et la formation de revenu. Grâce à cette approche de la participation communautaire retenue par l'UNICEF, on sait beaucoup mieux comment motiver les membres de la communauté et les faire participer à l'amélioration de leur propre santé. De plus, on a ainsi été conduit à donner à la « santé » un sens plus large dans le cas des soins de santé primaires, en faisant entrer sous ce vocable davantage que les activités des services de santé.

## **Soins de santé primaires et développement communautaire**

Avant de voir comment intégrer la santé dans la planification du développement en encourageant les soins de santé primaires, il est intéressant de faire l'historique de la participation communautaire aux programmes de développement en général. L'intérêt porté à la participation communautaire dans la conduite de tels programmes dans le tiers monde n'est pas nouveau et il s'est manifesté avant l'élaboration du concept de soins de santé primaires. Au cours des années 50, l'Organisation des Nations Unies a joué un rôle décisif dans la promotion de ce qu'on a appelé alors le mouvement du développement communautaire — qui préconisait l'octroi aux membres de la communauté d'un rôle de premier plan dans leurs propres programmes de développement. Appliquée au départ dans diverses régions d'Afrique sous forme d'activités d'éducation de masse au bénéfice des ruraux pauvres, la notion de



développement communautaire s'est peu à peu imposée largement, partout dans le monde. Lors de la Conférence d'été organisée à Cambridge, en 1948, sur l'administration africaine et qui avait pour mandat d'étudier la politique sociale menée par les administrations coloniales, on en a donné une définition où il était notamment dit que « le développement communautaire... englobe toutes les formes de progrès. Il englobe l'ensemble des activités menées dans un district, qu'elles soient le fait des pouvoirs publics ou d'organismes non officiels » [*Trad.*] (cité dans Brokensha & Hodge, 1969). Cette définition a par la suite été élargie par le Département des affaires économiques et sociales de l'ONU afin d'insister sur les *processus* selon lesquels les communautés et les pouvoirs publics agissent de concert pour améliorer la situation économique, sociale et culturelle de la communauté (ONU, Département des affaires économiques et sociales, 1971).

Comme certains l'ont suggéré, on peut voir dans le développement communautaire une méthode, un mouvement, un programme ou un concept (Sanders, 1970). En tant que méthode, il est très analogue, mais à l'échelle des communautés, aux techniques qu'utilisent les travailleurs sociaux avec un client dont ils s'efforcent de gagner la confiance avant de chercher à connaître son opinion sur le problème considéré (besoins ressentis) et ses causes (besoins réels), puis de l'inciter à découvrir ce qu'il peut faire par lui-même pour améliorer la situation et de l'épauler dans la recherche et l'utilisation des ressources nécessaires (autoassistance). Lorsqu'il s'agit de mettre en œuvre un programme, cette méthode présente les caractéristiques suivantes (Mezirow, 1963) :

- volonté d'assurer le développement intégré de l'ensemble de la vie communautaire, y compris l'intégration ou la coordination des spécialités techniques ;
- planification fondée sur les « besoins ressentis » par les intéressés ;
- accent mis sur l'autoassistance ;
- recherche systématique d'animateurs locaux qui sont ensuite encouragés et formés ;
- octroi d'une assistance technique sous forme de personnel, d'équipement, de matériel ou d'un concours financier.

Foster (1982) a comparé le développement communautaire et les soins de santé primaires sur le plan conceptuel. Entre autres analogies, il a noté que les deux notions :

- mettent l'accent sur les activités polyvalentes ;

- posent en hypothèse que la prestation de services de base et l'enregistrement d'un profit matériel sont essentiels pour le développement ;
- reconnaissent dans une plus ou moins large mesure (développement communautaire et soins de santé primaires, respectivement) que les processus mis en œuvre pour parvenir aux buts fixés (initiatives locales, confiance en soi, autoresponsabilité et coopération) importent plus que ces buts eux-mêmes (réalisation d'objectifs concrets).

En outre, on insiste dans les deux cas sur le fait qu'il est indispensable que les planificateurs fondent leurs plans sur les besoins ressentis par la communauté et utilisent ses ressources, notamment en hommes, pour l'exécution des tâches du programme.

Par ailleurs, Foster examine un certain nombre d'a priori qui ont considérablement nui au mouvement du développement communautaire et dont il faut, à son avis, faire justice si l'on veut que les soins de santé primaires soient couronnés avec succès. Ces idées fausses sont les suivantes :

- 1) « Les communautés sont homogènes. » En réalité, elles sont la plupart du temps hétérogènes et, en général, leurs membres ne voient aucune raison de tous œuvrer « pour le bien commun ». L'expérience montre que les intérêts particuliers l'emportent souvent sur le souci des objectifs communautaires. Ce n'est qu'au-delà du seuil de l'extrême pauvreté et du manque total de ressources que la coopération devient possible.
- 2) « La connaissance suscite automatiquement les changements de comportement souhaités. » En réalité, ce n'est pas parce que des agents de développement communautaire enseignent de nouvelles pratiques que les types de comportement évoluent dans une communauté. L'expérience et le temps ont démontré non seulement que les connaissances nouvelles n'entraînent pas automatiquement des changements, mais que les pratiques traditionnelles sont rarement dénuées de tout intérêt. Faire évoluer les comportements, pour le mieux ou pour le pire, est une entreprise de longue haleine.
- 3) « Les dirigeants des communautés agissent au mieux des intérêts de la population ». L'action des dirigeants ne bénéficie pas toujours à l'ensemble de la communauté. Souvent, les personnes choisies par les agents communautaires pour leur influence en profitent pour s'enrichir ou pour enrichir leur famille. Il arrive ainsi qu'un programme conçu à l'intention des plus pauvres ne bénéficie qu'aux plus aisés.

- 4) « Les pouvoirs publics et les agents communautaires partagent les mêmes objectifs en matière de développement communautaire. » Il est fréquent que tel ne soit pas le cas. L'administration cherche à mobiliser les ressources locales afin de libérer des capitaux en vue d'autres programmes nationaux ; les agents communautaires cherchent à inculquer aux membres de la communauté confiance en soi et sens de l'autoresponsabilité. Il est arrivé que ce conflit d'intérêt soit un frein pour les programmes de développement communautaire.
- 5) « Les activités de développement communautaire ne créent aucun conflit pour les planificateurs. » En réalité, la gestion des programmes communautaires peut soulever divers problèmes pour les planificateurs. Par exemple, la nécessité d'obtenir des résultats tangibles est parfois contradictoire avec la nécessité de laisser à la communauté le temps de s'engager activement dans des programmes aux orientations nouvelles ; les spécialistes définissent parfois les besoins communautaires en fonction de leur propre formation et de leur capacité à y répondre, tandis que la communauté, forte de son expérience, souhaite accorder la priorité à d'autres besoins jugés plus importants ; le désir de « servir » est tempéré par le souci de sa propre carrière ; enfin, dernier exemple, le personnel peut avoir à cœur de promouvoir les intérêts du secteur de son ressort plutôt que de coopérer avec d'autres ministères.

Ces problèmes ont effectivement été rencontrés dans de nombreux programmes mais, le plus souvent, ils ont été oubliés ou passés sous silence quand les planificateurs des programmes de santé ou de développement ont recherché une définition de la participation communautaire qui soit utilisable comme base de la mise en œuvre des programmes.

## **Participation communautaire et activités de SMI/PF**

Malgré l'abondance, depuis une dizaine d'années, de la littérature sur la nécessité de la participation communautaire aux soins de santé primaires, rares sont les études de cas qui traitent expressément de la relation entre participation communautaire et activités de SMI/PF. En général, les rapports analysent le rôle de la communauté dans toute une série d'activités sanitaires où les programmes de SMI/PF ne sont le plus souvent qu'un élément parmi d'autres. Pourtant, il semble utile, aux fins de la présente publica-

tion d'examiner rapidement les raisons qui justifient qu'on s'intéresse plus particulièrement à ceux qui, dans la communauté, bénéficient directement et immédiatement des activités de SMI/PF — à savoir les mères de famille et leurs enfants — et à l'intérêt et aux limites de leur participation au progrès des soins de santé et à l'amélioration de la situation sanitaire.

Les facteurs qui favorisent ou freinent la participation des femmes aux activités de santé communautaires ont récemment été étudiés en détail dans une publication de l'OMS (*Le rôle des femmes dans les soins de santé*, Pizurki et al., 1988). Dans cet ouvrage, un certain nombre de facteurs sont mis en relief qui expliquent l'intérêt de faire participer les femmes aux activités de santé, spécialement s'agissant d'améliorer les soins dont elles sont elles-mêmes les bénéficiaires.

Tout d'abord, les femmes ont un rôle naturel et traditionnel en matière de soins de santé. Elles en ont la charge principale, dans la cellule familiale comme dans la communauté. En outre, par l'exemple qu'elles donnent aux enfants et aux jeunes, les femmes peuvent beaucoup contribuer à encourager des attitudes et comportements propices à la santé. Elles assurent par ailleurs la majeure partie des soins dispensés dans le cadre des systèmes de santé officiels, que ce soit en qualité de médecin, d'infirmière, de sage-femme traditionnelle ou moderne ou encore d'auxiliaire médicale ou d'agent bénévole.

En second lieu, les occasions de communiquer qui s'offrent aux femmes dans l'accomplissement de leurs tâches ménagères habituelles — puisage de l'eau à la source, courses, etc., — assurent la diffusion de nombreuses informations d'un grand intérêt. La communication et le soutien mutuel rendus possibles par ce « réseau » officieux constituent souvent un appoint par rapport à l'activité des membres du système officiel de santé.

Par ailleurs, les femmes sont souvent plus fortement enracinées dans la communauté, surtout dans des sociétés en développement où les hommes vont chercher en ville un travail mieux rémunéré. En étant volontaires pour devenir des agents de santé communautaire ou des agents de santé de village ou pour exercer une activité dans d'autres domaines de la vie communautaire, les femmes assurent une continuité qui est essentielle pour les programmes de développement et de santé en zone rurale.

Bon nombre des activités traditionnelles de la femme — par exemple aller chercher l'eau, se procurer et préparer les aliments ou élever les enfants — reflètent des aspects de l'approche intersectorielle visant à améliorer la santé. En s'efforçant d'assurer un minimum d'assainissement, de se procurer de l'eau pure, d'améliorer

la salubrité des aliments, etc., les femmes peuvent exercer une influence sur la situation sanitaire ; la promotion de la santé finit alors par être considérée comme une activité communautaire et non uniquement l'affaire des services de santé.

Enfin, les associations féminines qui existent déjà dans de nombreuses communautés constituent une structure toute prête pour faire participer les femmes aux activités de promotion sanitaire. Parmi ces associations, on peut citer les centres de petite enfance, les centres communautaires et, dans une certaine mesure, les établissements scolaires puisque la majorité des enseignants sont généralement des femmes ; habituées qu'elles sont à mobiliser des ressources au service du bien commun, elles peuvent mettre cette expérience à profit pour promouvoir aussi le progrès sanitaire.

L'ouvrage cité comporte aussi une étude sur les contraintes qui limitent la participation des femmes aux activités communautaires en général et à celles en matière de santé en particulier. L'obstacle le plus important tient peut-être à la situation socio-économique relativement défavorisée de la femme dans de nombreuses sociétés rurales et en développement, à quoi il faut ajouter l'absence fréquente de moyens de s'instruire, de sorte que les planificateurs sont rarement conscients de la contribution personnelle et matérielle des femmes dans leur rôle traditionnel de prestataires de soins de santé. Les responsables de l'administration, en particulier, ne font guère crédit aux femmes ou aux associations féminines dans ce domaine et leur mesurent leur soutien de sorte que les femmes sont rarement consultées sur les questions de santé et manquent souvent de moyens et d'argent pour se former.

De plus, les femmes se heurtent à des traditions culturelles qui les cantonnent dans les tâches domestiques au sein de la communauté. Dans une société que dominent les hommes, il faut s'attendre à une opposition irréductible à toute modification radicale du statut de la femme qui est considérée comme lui donnant une autorité accrue.

Dans de nombreux pays en développement, les femmes des zones rurales pauvres sont souvent écrasées par les tâches ménagères et de santé chancelante, de sorte qu'elles n'ont guère de temps ni d'énergie à consacrer à des activités extérieures à leur foyer. Et quand elles peuvent assurer d'autres tâches, c'est en principe en vue d'un profit économique immédiat et non d'un avantage à long terme ; les programmes de santé et d'assainissement risquent donc fort d'être considérés comme relevant des pouvoirs publics et non de la communauté.

Ces facteurs s'appliquent à la participation des femmes au

développement communautaire en général et aux activités sanitaires en particulier et doivent être pris en compte lorsqu'on analyse la participation communautaire aux programmes de SMI/PF.

## Chapitre 2.

---

# Que faut-il entendre par « participation communautaire » ?

L'historique de la participation communautaire aux programmes sanitaires fournit la base pour établir les facteurs qui influent sur cette participation aux programmes de SMI/PF. Mais il faut tout d'abord essayer de définir ce qu'on doit entendre par « participation communautaire ».

### Quelques interprétations

Toute une série d'interprétations ont été données à l'expression « participation communautaire », chacune pouvant d'ailleurs donner naissance à des types d'activités différents. Les exemples ci-dessous sont repris d'Oakley (1989) :

La participation désigne..., au sens large, la *sensibilisation* des populations avec, pour corollaire, une plus grande réceptivité et une capacité accrue des populations rurales à *réagir* aux programmes de développement, ainsi que les mesures destinées à encourager les initiatives locales.

S'agissant du développement... la participation recouvre l'intervention de la population dans le processus de *prise de décisions* et dans l'*exécution des programmes*..., sa participation aux *avantages* des programmes de développement et son intervention dans l'*évaluation* de ces programmes.

La participation implique... des efforts systématiques visant à donner à des groupes et associations de personnes qui en étaient jusqu'alors privées un *droit de regard* sur les ressources et sur les organes réglementaires dans une situation sociale donnée.

Ces interprétations laissent de côté le point de savoir si la participation communautaire constitue un moyen ou une fin et elles ne précisent nullement ce qu'il faut entendre en pratique par des expressions telles que « intervention » de la communauté, « capacité à réagir aux programmes de développement » et « droit de regard sur les ressources », ni la façon dont on pourrait mesurer ces divers paramètres. En outre, elles passent sous silence les conflits inévitables devant toute proposition sérieuse qui risque d'entraîner une redistribution du pouvoir ou des modifications dans l'attribution des ressources.

## **Signification fonctionnelle**

Le Projet sur la participation rurale organisé dans le cadre de la Cornell University a donné l'occasion d'essayer de mieux cerner la notion de participation communautaire. Dans une analyse ultérieure de ce travail, certains ont avancé l'idée que, pour définir la participation, la meilleure solution consiste à s'interroger sur ses éléments concrets. En adoptant la même démarche pour la participation aux programmes de SMI/PF, on peut déterminer certains des facteurs qui en favorisent ou contrarient le succès. Les trois questions ci-dessous semblent particulièrement pertinentes. Elles ne visent pas à fournir une base à partir de laquelle juger de la valeur d'un programme déterminé, mais plutôt à essayer de définir les objectifs d'un programme de SMI/PF en termes de participation communautaire. Ce n'est d'ailleurs pas chose facile vu que, trop souvent, les objectifs sont définis par référence à des concepts théoriques et à des idéaux de sorte qu'on voit mal qui doit, au sein de la communauté, assumer la responsabilité de telle ou telle action et à quelle fin.

### **Raison de la participation**

Dans la documentation de l'OMS et de l'UNICEF ainsi que dans les éléments fournis par des groupes non gouvernementaux tels que la Commission médicale chrétienne, de nombreux arguments convaincants sont présentés en faveur de la participation communautaire aux programmes de soins de santé. Les plus importants peuvent être résumés comme suit :

- 1) Il s'avère de plus en plus que la technologie médicale est moins efficace pour améliorer la situation sanitaire au sein de collectivités importantes qu'une action émanant de la population elle-même. Dans les pays en développement, notamment dans les



régions rurales où vivent encore la majorité des habitants, la situation sanitaire enregistre des progrès plus décisifs sous l'effet de mesures préventives que sous celui de mesures curatives. Dans ces conditions, l'amélioration de la situation sanitaire de ces communautés rurales devrait être plus rapide si, au lieu d'accroître les investissements dans les seuls services, on arrivait à leur faire adapter des habitudes plus saines en matière d'assainissement, d'hygiène du milieu et de consommation alimentaire.

- 2) Les services de santé sont sous-utilisés et mal utilisés. Quand les intéressés participent eux-mêmes à la planification des services, au stade de la conception comme de l'exécution, les services sont mieux adaptés à leurs besoins réels. C'est dire que des discussions entre la communauté et les planificateurs et organismes en cause permettraient d'assurer des services mieux appropriés. De plus, il est probable que la population utiliserait davantage ces services, dès lors qu'elle aurait contribué à leur mise en place.
- 3) Il existe dans les communautés des ressources inexploitées qui permettraient de rendre les soins de santé plus accessibles et mieux acceptables, notamment en ce qui concerne les couches pauvres et défavorisées de la population. C'est à la communauté qu'il revient de choisir les moyens qui conviennent le mieux pour mobiliser ces ressources — qu'il s'agisse de matériel, d'argent ou de personnel — afin de répondre aux priorités de la collectivité, notamment en assurant des soins de meilleure qualité à un plus grand nombre de personnes.
- 4) Chacun a le droit et le devoir de participer aux décisions concernant des activités qui ont des répercussions sur sa vie quotidienne. C'est en assurant cette participation qu'on pourra augmenter la confiance en soi et développer le sens de l'autoresponsabilité qui font cruellement défaut chez les pauvres et les plus défavorisés. Cette participation permet de concrétiser l'idée selon laquelle la santé est un droit de l'homme et un aspect de la justice sociale. En outre, si elle assure même aux plus pauvres un rôle dans l'amélioration des services de santé mis à leur disposition, elle crée un précédent en vue de leur participation à des activités communautaires de plus vaste portée.

### **Nature des participants**

Puisque l'objet des soins de santé primaires est d'utiliser des ressources rares de façon à faire bénéficier le plus grand nombre

d'avantages sanitaires aussi importants que possible, leur succès dépend évidemment de la mesure dans laquelle on arrive à persuader le maximum de membres de la communauté de participer à la planification et à la mise en œuvre de ces soins. Le nombre de personnes ainsi impliquées constitue un indicateur de l'ampleur de la participation. Mais, comme on l'a déjà dit, les collectivités regroupent des catégories socio-économiques diverses, et il est parfois essentiel d'obtenir la participation de telle ou telle d'entre elles pour atteindre certains objectifs du programme. En pareil cas, c'est l'adhésion effective de ces catégories particulières qui reflète le succès de la participation communautaire aux programmes en cause.

### **Modalités de la participation**

On peut distinguer cinq niveaux différents dans la participation communautaire aux programmes qui comportent un élément « services de santé » important :

*Participation aux avantages des programmes.* Les membres de la communauté bénéficient des services, éducatifs et autres, mis à leur disposition par les planificateurs et organismes divers, par exemple des services curatifs, des vaccinations préventives, des soins prénataux, de meilleures installations d'adduction d'eau et d'assainissement et une information en matière de santé. Bien souvent, il suffit, pour bénéficier de ces services, de se rendre dans un dispensaire ou de payer une somme modique en échange de services, de soins de suivi ou de produits assurés ou fournis par le personnel sanitaire ou les pouvoirs publics. En pareil cas, la participation communautaire peut être considérée comme passive. Dans tous les programmes de santé qui sont axés sur la communauté et non sur l'individu, les communautés bénéficient effectivement de certains avantages et, bien souvent, elles acceptent passivement les services de santé mis à leur disposition.

De nombreuses organisations non gouvernementales opérant en République-Unie de Tanzanie ont constaté que les services hospitaliers assurés par leurs soins ne répondaient pas aux besoins de la population rurale sur le plan sanitaire puisque les intéressés ne se rendaient pas à l'hôpital de

base. Plusieurs de ces organisations ont donc commencé à mettre en place des équipes itinérantes de santé maternelle et infantile qui circulent dans divers districts afin d'assurer des services bénéficiant réellement aux mères de familles et aux enfants qui en ont besoin. La « participation » de ces derniers se limite donc à l'utilisation des services. S'il s'agit bien de participation communautaire aux yeux des planificateurs de programme, nombreux sont ceux qui contestent ce point de vue, spécialement les donateurs étrangers qui voient simplement dans cette formule un moyen encore plus coûteux d'assurer les services.

*Participation aux activités des programmes.* En plus de ce qui précède, les membres de la communauté mettent à la disposition des programmes de santé des terrains, de la main-d'œuvre et de l'argent. Par exemple, ils construisent un dispensaire, distribuent des contraceptifs ou paient les médicaments ou autres fournitures médicales nécessaires au programme. Ils peuvent aussi devenir des agents communautaires et assurer aux mères de famille et aux enfants des services simples, notamment en matière d'éducation. On peut cette fois considérer qu'il s'agit de participation active, encore que les intéressés soient exclus du choix des activités à mener ou de leurs modalités d'exécution, ce choix restant la prérogative des planificateurs de santé, des organisations ou des pouvoirs publics. Les membres de la communauté acceptent seulement de se charger des activités stipulées par les planificateurs.

On trouve d'innombrables exemples de ce type de participation dans les systèmes de distribution communautaire de contraceptifs qui ont été mis en place dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, au début des années 70. Des membres de la communauté étaient recrutés pour vendre des dispositifs contraceptifs et assurer un minimum d'information en planification familiale ; en général, ils recevaient en contrepartie certains avantages économiques. Dans les premiers temps, il s'agissait essentiellement d'employés qui n'avaient à peu près aucune part dans les décisions sur le lancement ou l'exécution des programmes.

*Participation à l'exécution de programmes de santé.* Outre qu'ils participent aux avantages et aux activités d'un programme, les membres de la communauté peuvent, par exemple, choisir l'emplacement d'un dispensaire, gérer un système d'achat de médicaments, organiser les centres de protection et de nutrition infantiles, etc. A ce niveau, les intéressés ont des responsabilités en matière de gestion puisqu'ils prennent des décisions sur la façon dont les activités sont conduites. Cependant, la nature de ces activités et les objectifs du programme sont fixés par les planificateurs. C'est à eux que les membres de la communauté doivent s'adresser pour obtenir des conseils, des directives ou un accord. C'est donc sur les planificateurs, et non sur la communauté, que les activités sont axées.

Cette forme de participation est illustrée par les nombreux programmes où l'on institue des comités sanitaires de village, choisit des agents de santé communautaires ou crée un système communautaire d'assurance maladie, pour donner suite aux recommandations des administrateurs des programmes de santé communautaires. Selon une étude de l'American Public Health Association (APHA) (1977) sur la prestation de services de santé à prix modique dans le cadre de 150 projets, c'est à ce niveau que s'opère le plus souvent, au premier stade du développement des projets, la participation communautaire impliquant des choix de la part de la communauté.

*Participation à la surveillance et à l'évaluation des programmes.* En plus de ce qui précède, certains membres de la communauté aident les planificateurs à apprécier si les objectifs du programme ont été atteints et, dans le cas contraire, à chercher les raisons de cet échec. A ce niveau, ils participent au choix de la méthode de mesure des objectifs et à la surveillance systématique des activités. Ils ont la possibilité de faire modifier les objectifs du programme mais non celle de les fixer, ce soin restant la prérogative des planificateurs. Ce niveau de participation est sans doute celui dont on a le moins l'expérience. Cela tient d'une part à ce que, dans de nombreux programmes, l'intérêt porté à la surveillance et à l'évaluation reste purement verbal et, d'autre part, à ce que les objectifs d'un programme, en particulier s'agissant de la

participation communautaire, sont rarement formulés de façon claire, de sorte qu'ils sont impossibles à mesurer.

On connaît des cas où certains membres de la communauté ont pris part aux activités de surveillance et d'évaluation, par exemple la conduite d'enquêtes, le choix des éléments à évaluer, la discussion des résultats de la surveillance et de l'évaluation et le choix des orientations futures du programme. Une étude de l'American Public Health Association (APHA) (1983) cite le projet pilote réalisé en Colombie par le Département de la recherche du Ministère de la Santé, qui constitue un exemple de système très élaboré de participation communautaire à l'évaluation. Dans ce projet, les comités de santé communautaires réalisent des enquêtes au sein des collectivités et en analysent les résultats, de concert avec l'équipe sanitaire locale. L'évaluation est effectuée par les membres des comités qui ont appris à se servir d'un questionnaire simple pour interroger les chefs de famille dans leur village. Le questionnaire est conçu de façon à couvrir la structure, les activités et l'impact des services de santé, ainsi que le processus de participation lui-même.

*Participation à la planification des programmes.* En plus des modalités de participation décrites dans les quatre sections qui précèdent, certains membres de la communauté (en général des notables et des personnalités influentes, par exemple des enseignants, etc.) déterminent effectivement les programmes de santé qui, à leur avis, doivent être entrepris et demandent au personnel de santé, aux organisations ou aux pouvoirs publics de leur apporter l'expertise ou les ressources nécessaires à leur exécution. Les membres de la communauté choisissent et gèrent un programme de santé qui comporte divers services et qui est doté des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés. C'est à ce niveau que la participation communautaire est la plus poussée, tant par sa portée que par son ampleur. Les membres de la communauté bénéficient des avantages, participent à l'exécution des projets et à l'évaluation et à la surveillance des programmes, ainsi qu'aux décisions sur la politique et la gestion de programmes dont ils assument en partie la responsabilité. Tel est l'idéal vers lequel tendent de nombreux programmes.

L'OMS a reçu une demande en vue de financer, pour une somme modique, les fournitures destinées à un projet péruvien dans lequel on a créé un programme de santé communautaire, mis en place l'organisation nécessaire à son exécution et à sa gestion, et commencé à travailler. Il existe peu de rapports concernant ce type de programme. En 1977, une étude de l'American Public Health Association (APHA), portant sur 150 projets, n'en a révélé que 8% où la participation aurait atteint ce niveau. (Ce chiffre n'a pas été vérifié dans le cadre de la présente étude.)

## Chapitre 3.

---

# **Facteurs et caractéristiques d'un programme : cadre général de l'analyse**

### **Types de programmes**

A partir des cinq niveaux de participation décrits au chapitre précédent, on peut essayer de classer les divers types de programme de SMI/PF et de définir les facteurs qui conditionnent la possibilité d'atteindre les objectifs de la participation communautaire et les méthodes à mettre en œuvre à cette fin.

Dans tous les programmes retenus, les services de santé, essentiellement des services de SMI/PF, constituent un élément important et tous ces programmes partagent, entre autres, les objectifs suivants :

- améliorer la situation sanitaire de groupes de population importants et réduits le plus souvent à l'état de pauvreté extrême ;
- mettre en place des programmes durables, pouvant se poursuivre sur leur lancée grâce à la contribution de la communauté à leur financement, à leur gestion et à leur dotation en personnel.

### **Facteurs descriptifs**

L'efficacité de l'aide apportée par la communauté aux planificateurs et organisations en vue d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés dans les programmes de SMI/PF dépend de deux séries de facteurs (voir Tableau 1). Les premiers peuvent être qualifiés de « descriptifs ». Bon nombre ont été mis en lumière dans l'étude de l'OMS/UNICEF (1977) ; ils décrivent le cadre, national et local,

dans lequel un programme se déroule et peuvent être d'ordre culturel, socio-économique, politique ou historique, ou encore refléter :

- la plus ou moins bonne adéquation de la politique nationale aux besoins et aux aspirations sur le plan local ;
- le degré de décentralisation de la fonction publique ;
- le degré d'organisation au niveau local ;
- l'importance des communications entre le centre et la périphérie, tant au niveau local qu'au niveau national.

Lorsqu'ils élaborent un programme, les planificateurs et les organisations n'ont guère d'action possible sur ces facteurs. Par leurs conseils et leurs pressions, ils peuvent dans une certaine mesure arriver à faire évoluer l'attitude des pouvoirs publics ou à éliminer certains obstacles bureaucratiques, mais il n'est pas question qu'ils influent sensiblement sur des facteurs culturels ou historiques. Les études de cas montrent que, le plus souvent, les planificateurs s'accommodent de ces facteurs et en reconnaissent l'importance lorsqu'ils élaborent ou précisent les objectifs d'un programme. Cependant, comme la littérature ne contient que peu de précisions à ce sujet et que les facteurs de cette catégorie sont propres à chaque programme, ils ne sont pas examinés en détail ici.

## **Facteurs d'action**

La seconde série de facteurs conditionnant le succès d'un programme peut être intitulée « facteurs d'action » puisqu'il s'agit de facteurs sur lesquels les planificateurs de programme peuvent agir pour atteindre les objectifs fixés. Le recensement des programmes envisagés dans les études de cas donne à penser que les facteurs d'action sont particulièrement importants pour voir dans quelle mesure les objectifs à court et à long terme fixés pour les services de santé et la participation communautaire sont atteints. Ces facteurs d'action concernent la façon dont :

- les besoins de la communauté sont évalués
- les organisations communautaires, mises en place
- les programmes, gérés
- les ressources humaines et financières, mobilisées
- les dirigeants et animateurs, choisis et mis en place
- les problèmes des plus pauvres, traités, spécialement dans les cas des plus démunis.



Ces facteurs sont étudiés plus en détail dans ce qui suit, notamment sous l'angle des conditions qui font qu'ils favorisent ou entravent une participation effective des communautés aux programmes de SMI/PF.

**Tableau 1. Facteurs intervenant dans la formation des programmes**

<b>Facteurs descriptifs</b>	<b>Facteurs d'action</b>
Contexte culturel	Evaluation des besoins
Situation socio-économique et politique	Organisation communautaire
Histoire	Gestion du programme
Politique des pouvoirs publics	Mobilisation des ressources
Décentralisation	Choix et mise en place des dirigeants et animateurs
Organisation au niveau local	Priorité aux besoins des plus démunis
Communication entre centre et périphérie	

### **Evaluation des besoins**

Comme on l'a déjà indiqué, une méthode possible pour s'assurer le concours des membres d'une collectivité consiste à rechercher les problèmes qui leur paraissent les plus importants, et à travailler ensemble à l'élaboration de solutions possibles. En leur qualité de spécialistes, par exemple de membres des professions de santé, les planificateurs se font une idée personnelle des problèmes rencontrés dans la communauté et de leur solution, mais ils risquent d'être très étonnés de constater, en interrogeant les intéressés, qu'ils ont souvent un point de vue différent. En pareil cas, et c'est le plus fréquent, les planificateurs peuvent réagir de diverses façons. Certains s'en tiennent à leur propre jugement, persuadés qu'ils vont apporter la solution la plus efficace et rentable. D'autres s'efforcent de faire comprendre leur point de vue de spécialiste à la communauté pour essayer d'obtenir son adhésion. D'autres encore tentent d'aplanir les divergences par la discussion, en sensibilisant la communauté à ses propres problèmes et en faisant appel à son sens de l'auto-responsabilité. Le dilemme est particulièrement aigu pour les planificateurs de la santé qui, souvent, ne veulent s'intéresser qu'aux problèmes pathologiques et ne prendre que des mesures concernant les services médico-sanitaires : lorsqu'ils s'enquière des problèmes communautaires, en fait, ils ne se préoccupent que des problèmes de santé.

Si les planificateurs et organisations recherchent le progrès sanitaire avant tout dans l'amélioration des services de santé, ils ne peuvent réussir que si la communauté fait de la solution des problèmes de santé une de ses priorités. Cette situation leur offre de nombreuses occasions de promouvoir la participation communautaire en discutant de ce qu'il convient de faire avant de s'y employer. Convaincre la communauté de faire du progrès sanitaire une priorité présente d'ailleurs d'autres avantages. L'un d'eux est que les planificateurs peuvent alors mettre à profit la compétence professionnelle des membres de la communauté pour entreprendre des tâches particulières et les éduquer au sujet des problèmes de santé pour lesquels ils ont manifesté leur intérêt. De plus, les planificateurs peuvent définir d'autres activités de développement dans un langage compréhensible pour les intéressés, en confiant à des personnes d'autres secteurs des tâches concrètes plutôt qu'un rôle d'encadrement. Enfin, la possibilité de laisser de côté les questions politiques permet aux planificateurs de définir la santé en termes strictement techniques et d'axer leurs efforts sur la mise en place d'un service efficace assurant une large couverture.

Devant la demande sans cesse croissante de services hospitaliers, un programme de soins communautaires a été lancé au Costa Rica au début des années 70. Sous l'appellation l'« hôpital sans murs », ce programme mettait l'accent sur l'intégration des services du Ministère de la Santé, de la Sécurité sociale, des conseils d'administration des hôpitaux locaux et d'autres organisations communautaires, avec le concours de spécialistes des services médicaux et sociaux, dans le but d'améliorer la situation sanitaire dans les régions rurales du pays. Des structures régionales ont été créées afin d'assurer un engagement communautaire dans le cadre de comités de santé et d'un réseau d'agents de santé communautaires. Ces comités ont construit, équipé et supervisé plus de 44 antennes de santé communautaires, créé des centres nutritionnels et mis en place des réseaux d'adduction d'eau, organisé des jardins d'enfants et la distribution d'aliments, à côté de divers autres projets à visée sanitaire. Ils apportent un soutien on ne peut plus nécessaire et apprécié au Ministère de la Santé dans son action visant à améliorer rapidement les services de santé ruraux, conformément à un besoin ressenti à la fois par les pouvoirs publics et par la population rurale.

Il existe de nombreux programmes où les planificateurs ont décidé *a priori* que les soins de santé, particulièrement dans le cadre de services, constituent un besoin pour la communauté. En concevant un programme sans les consulter, ils refusent aux membres de la communauté d'avoir voix au chapitre s'agissant de savoir ce qui leur convient le mieux. Délibérée ou non, pareille attitude réduit la participation de la communauté au bénéfice des avantages du programme et, éventuellement, aux activités du programme. Dans ce genre de situation, les planificateurs limitent la part prise à la décision par la communauté parce qu'ils ont défini le problème *a priori* et, par voie de conséquence, l'éventail des solutions envisageables.

A Hong-Kong, un programme de soins hospitaliers était engagé dans une démarche novatrice pour tenter d'améliorer la situation sanitaire et les soins parmi la population nombreuse, principalement des réfugiés, d'une des « villes nouvelles » en développement, en se fixant pour objectif de « confier à la communauté la responsabilité des soins de santé dispensés à ses propres membres ». Mais les planificateurs ont estimé que, pour résoudre les problèmes de santé d'une collectivité aussi diverse, la meilleure solution consistait dans l'amélioration des services. Ils ont donc mis en place, sans consulter la communauté, trois dispensaires communautaires et un régime d'assurance maladie qui permettaient aux mères de famille et à leurs enfants, aux travailleurs et aux personnes âgées de bénéficier de services de base en matière de traitement, de prévention et d'éducation pour la santé, moyennant le versement d'une cotisation modique. Le résultat a été que les membres de la communauté, faute d'avoir participé à l'élaboration du programme, y ont vu un projet hospitalier qui ne leur laissait aucun rôle dans la définition des grandes orientations ou des activités. Ils se sont donc bornés à accepter les services offerts, sans mettre leurs ressources ou leurs idées à la disposition du programme.

Dans d'autres programmes, les planificateurs et les organisations ont préconisé, outre une amélioration de la prestation des services de santé, un développement intégré, partant de l'idée qu'une plus large participation communautaire, nécessaire au pro-

grès sanitaire, ne doit pas se cantonner aux services de santé mais s'étendre aux programmes conduits dans les domaines de l'agriculture, de l'éducation, du logement et de la formation de revenu. Les planificateurs partisans de ce point de vue estiment que, pour évaluer correctement les besoins, il faut que la communauté *ne* fasse *pas* de la santé une de ses priorités ; tout en organisant, le cas échéant, leurs activités autour de la santé, ils font appel à des personnes venues d'autres secteurs pour résoudre des problèmes plus urgents au sein de la communauté. Une équipe formée de représentants de diverses professions qui travaillent ainsi avec une collectivité, constitue le meilleur garant du succès dans n'importe quel programme.

En Indonésie, un médecin rural avait réussi à persuader les membres d'une collectivité de participer à un régime d'assurance maladie et de choisir parmi eux des agents de santé communautaires qui seraient chargés des soins en premier recours. Cependant, les intéressés ne prenaient aucune part aux décisions relatives au programme. Quand le médecin a commencé à discuter avec eux des problèmes de la communauté, il s'est aperçu que les soins de santé n'étaient pas jugés prioritaires. Il a donc incité les chefs et les notables de la communauté à élaborer leur propre programme, en s'appuyant sur le régime d'assurance maladie et sur l'action des agents de santé communautaires pour lancer des projets en matière de logement, d'assainissement et de formation de revenu. De plus, il a demandé une aide dans ce but à des organismes du développement communautaire et à des services officiels du développement agricole et rural. Cette façon plus large d'aborder les problèmes de santé est devenu un modèle pour l'ensemble de la province et a fourni les bases d'une coopération intersectorielle.

Lorsqu'on souhaite faire de la participation un moyen d'inculquer aux plus démunis un esprit d'initiative et la volonté de se suffire à eux-mêmes — en tant que première étape vers la réalisation d'objectifs plus vastes de développement communautaire — le problème ne se résume pas à déterminer les besoins des couches défavorisées : encore faut-il gagner leur confiance pour qu'ils acceptent de discuter de leurs problèmes avec des « étrangers ».

Les études de cas dans lesquelles on avait explicitement retenu cet objectif montrent que les planificateurs et organisations ont réussi à faire des services de santé maternelle et infantile (curatifs et préventifs) un moyen de gagner la confiance des défavorisés. Ces services ont ainsi constitué une base à partir de laquelle on a pu déterminer progressivement les besoins de la communauté. De la sorte, des personnes venues de l'extérieur ont réussi à travailler dans des régions que les pouvoirs publics considéraient comme politiquement instables, puisque la prestation de services de santé apparaît comme une activité apolitique.

Pour tenter d'améliorer la situation socio-économique déplorable des tribus voisines, un groupe d'étudiants indiens a décidé, après l'échec d'un projet d'exploitation laitière, de mettre en place des soins curatifs simples, en s'attachant principalement à deux maladies très répandues dans la région, la tuberculose et le paludisme, et à la santé maternelle et infantile. Une éducation élémentaire au sujet de ces problèmes a abouti à la création d'un comité sanitaire de village et à la formation d'agents sanitaires de village. De cette façon, les habitants des tribus ont pris confiance en eux-mêmes, de sorte que non seulement ils se sont lancés dans des projets de développement plus ambitieux, mais qu'ils ont désormais opposé une résistance à un groupe de personnes qui les soumettaient depuis des années à une exploitation économique. Le soutien des étudiants a permis à ces populations démunies de découvrir certaines des causes profondes de leur pauvreté et de tenter d'y remédier.

### **Organisation communautaire**

Si l'on veut que les membres de la communauté prennent une part active aux programmes, au lieu de se contenter d'en tirer les profits sur le plan sanitaire, il est indispensable que des organisations communautaires se chargent d'entreprendre, d'appuyer et de soutenir durablement les activités en cause. L'importance de ce type d'organisation est clairement démontrée par l'étude réalisée en 1977 par l'APHA. Sur les 150 projets étudiés, les deux tiers s'appuyaient sur des organisations communautaires, de création ancienne ou récente, à qui l'on a attribué le succès obtenu. A l'inverse, c'est à l'absence d'organisations capables de les soutenir dans leur action qu'on a imputé l'échec des autres projets (APHA, 1977).

L'idéal serait que toute organisation visant à assurer la participation communautaire à des programmes de SMI/PF (ou des programmes de santé en général) soit créée par les membres de la communauté en vue de s'attaquer à un problème de santé jugé primordial par les intéressés eux-mêmes. Lorsqu'il existe une organisation de ce type, elle constitue pour les planificateurs et organisations une structure qui bénéficie déjà du soutien de la collectivité et peut devenir la base d'une collaboration active. On a déjà cité un exemple de programme de ce type au Costa Rica. Mais les programmes élaborés de la sorte sont extrêmement rares. Il faut donc que les planificateurs et organisations recherchent d'autres méthodes s'ils veulent atteindre les objectifs assignés aux programmes dont ils ont la responsabilité.

Quand il n'existe pas d'organisation axée sur les problèmes de santé, on peut, pour promouvoir les activités sanitaires, recourir à des organisations en place dans d'autres domaines. Il est fréquent qu'on ait créé des organisations communautaires de ce type pour répondre à d'autres besoins en matière de développement ; elles possèdent donc la structure et l'expérience voulue pour diriger la participation de la collectivité à toute une série d'activités.

Les Clubs de mères de famille créés en République de Corée sont souvent cités comme exemple d'activité de SMI/PF introduite avec succès dans des programmes en place. Il existe depuis longtemps, dans les villages coréens, des associations féminines destinées à équilibrer le pouvoir des organisations qui réunissent exclusivement des hommes. Au cours des années 60, certaines ont été transformées en groupes de mères de famille, dans le cadre du Mouvement de reconstruction nationale, et fourni un endroit où discuter de nombreux problèmes d'importance nationale, notamment des pratiques en matière de soins de santé et de planification familiale. Ces discussions se sont révélées d'un si vif intérêt que l'Association coréenne pour la planification familiale a décidé plus tard, avec l'aide de l'USAID, d'insuffler une vie nouvelle aux clubs de mères de famille. Alors que ces clubs, au départ, s'intéressaient uniquement à la planification familiale, ils ont par la suite étendu le champ de leur activité à d'autres projets de développement communautaire. Au cours des années 70, les clubs constitués ont envoyé certains de leurs membres dans les régions les plus écartées du pays pour y participer au lancement d'activités de planification familiale. Par ailleurs, ils ont commencé à travailler en milieu urbain, dans les bidonvilles.

Une autre solution, particulièrement fréquente dans les programmes visant à améliorer les services de santé, consiste à créer une organisation en partant de zéro, souvent sous la forme d'un comité de santé communautaire. La création de ce type d'organisme est illustrée par plusieurs études de cas. Une façon de procéder qui s'est montrée efficace dans certains programmes consiste à commencer par convoquer une réunion de l'ensemble de la communauté pour lui demander l'autorisation de créer un comité de santé. Dans d'autres programmes, on a créé ce genre de comité en s'appuyant, au sein de la communauté, sur le dynamisme de certains responsables et sur l'autorité de groupes administratifs déjà en place. D'après les études de cas, il semble indispensable que les comités de santé créés sous les auspices de planificateurs et organisations extérieurs soient étroitement encadrés, aidés à repérer les tâches à entreprendre et, bien souvent, épaulés sur le plan financier. En outre, il faut trouver le moyen de faire participer la communauté tout entière aux décisions du comité. Sans cette précaution, on risque de voir le comité tomber sous la coupe de son personnel et des responsables les plus influents ou des élites de la communauté, ce qui réduit le rôle — et le soutien — de groupes plus étendus.

Au Cameroun, une Université américaine et une organisation d'Afrique centrale ont décidé de créer des comités sanitaires de village où les villageois pourraient participer à la recherche de solutions à leurs problèmes sanitaires avant de mettre cette expérience à profit pour résoudre des problèmes de développement de plus grande ampleur. Après une première phase lente consacrée à des enquêtes, à des discussions avec la communauté et à une information réciproque des chefs de communauté et du personnel de l'organisation extérieure, on a créé les comités sanitaires de village. La mission qui leur était impartie concernait des problèmes de santé précis, par exemple la lutte contre la maladie et l'élargissement de l'accès aux services de santé maternelle et infantile. Ces comités ont été soigneusement planifiés et ont bénéficié du soutien attentif de l'organisation extérieure comme du Ministère, qui ont consacré du temps et des efforts au succès de l'entreprise. Bien que le Ministère ait décidé d'étendre la méthode à l'ensemble du pays, c'est seulement dans l'un des quatre villages pilotes qu'on a réussi à atteindre l'objectif initial, à savoir extrapoler l'expérience acquise en matière de promotion sanitaire à

des activités plus larges de développement. Dans les autres villages, on a difficilement atteint les simples objectifs fixés en matière de santé par suite du manque d'intérêt des personnes concernées, des divisions culturelles et historiques et des croyances traditionnelles au sujet de la maladie.

On peut aussi voir apparaître d'autres problèmes, dont les planificateurs doivent être conscients. C'est ainsi que dans certains programmes, particulièrement ceux qui visaient à améliorer les services de santé, les planificateurs ont organisé des comités de santé pour s'apercevoir plus tard, quand il a fallu s'occuper également d'autres problèmes de développement communautaire, que ces comités étaient trop rigides pour faire face à leurs nouvelles tâches.

Dans un programme tunisien, des agents locaux spécialisés dans la santé de la famille ont été formés en vue de promouvoir la planification familiale et les soins de santé maternelle et infantile en persuadant les femmes des régions rurales isolées de venir en consultation dans les services existants et, à plus long terme, en encourageant le lancement de projets d'auto-assistance dans la population féminine. Lors de la formation de ces agents, on avait insisté sur les façons d'améliorer l'utilisation des services de santé. L'évaluation du projet a montré que la création d'activités d'auto-assistance n'avait pas connu grand succès. L'effort dans ce sens était en effet passé au second plan, du fait de la volonté d'améliorer les services de santé — principal objectif du programme ; il aurait donc fallu développer la planification et accroître le soutien accordé et les ressources pour obtenir un progrès tant soit peu sensible.

Dans d'autres programmes, spécialement ceux qui visent à encourager l'initiative et l'auto-responsabilité chez les plus démunis, la création de comités de santé a constitué une base organisationnelle élémentaire pour toute une série d'activités de développement. Comme les agents de santé venus de l'extérieur



ont l'occasion, grâce à leur travail dans les services de santé, de gagner la confiance de la communauté, de promouvoir ses activités et de prendre la mesure plus exacte de ses possibilités, les comités de santé peuvent servir de point de départ, sur le plan de l'organisation, à des efforts tournés vers la solution de problèmes communautaires de plus grande ampleur. Les planificateurs et les organisations en sont donc arrivés à voir dans les activités sanitaires un moyen d'encourager les économiquement faibles à s'attaquer à des problèmes socio-économiques et politiques. Ce faisant, ils ont dû affronter des conflits nés de la résistance qu'opposent au changement des structures communautaires en place les tenants du pouvoir, pour qui cette évolution va à l'encontre de leurs intérêts. En pareille situation, tous les aspects du pouvoir et de la maîtrise des hommes et des choses peuvent être mis en question. Ce genre de situation est bien illustré par le programme indien décrit dans la section sur l'évaluation des besoins.

### **Gestion du programme**

Dans de nombreux programmes, l'un des principaux objectifs est d'assurer la participation de la communauté à leur gestion, en lui reconnaissant un rôle décisif aux stades de la planification, de l'exécution et de l'évaluation. C'est lorsque cet objectif est atteint que la planification atteint son plus haut niveau. Malheureusement, à cet égard, on prend beaucoup trop souvent ses désirs pour des réalités. En dépit des déclarations prétendant le contraire, l'observation montre que, dans de nombreux programmes, la gestion est entre les mains de spécialistes étrangers à la communauté, éventuellement détachés d'organisations extérieures. L'étude réalisée par l'APHA en 1977 a permis de constater que, dans la plupart des projets, l'intervention de la communauté dans la gestion se limitait à sa consultation par les planificateurs et les organisations. Par exemple, la communauté était appelée à donner son avis sur l'horaire d'ouverture des dispensaires, la nature des médicaments à acheter et à vendre et la répartition des fonds entre les divers projets. Mais elle n'exerçait une influence réelle sur la politique et l'administration des projets étudiés que dans moins de 20% d'entre eux. Dans 16% de ces projets, la communauté avait eu la liberté du choix de l'implantation du centre de santé, mais c'est dans une proportion beaucoup plus faible des projets qu'elle avait été admise à prendre part aux décisions sur d'autres aspects (APHA, 1977).

C'est surtout dans les programmes créés par elle-même, et où elle a fixé ses propres priorités, que la communauté a voix au cha-

pitre. Dans ces programmes, dont on connaît d'ailleurs très peu d'exemples, on demande parfois à des spécialistes et des planificateurs extérieurs un certain soutien, en général sur le plan financier.

Il est beaucoup plus fréquent que les programmes soient sous la domination de planificateurs et spécialistes. L'une des raisons tient au fait que les programmes qui font de l'amélioration des services de SMI/PF l'un de leurs principaux objectifs ont tendance à accorder la primauté aux aspects techniques. Par exemple, l'étude réalisée par l'APHA en 1983 a montré que, si les agents communautaires sont en principe responsables vis-à-vis de la communauté, ils se sentent en réalité tenus de rendre compte aux employés des services de santé chargés de la supervision et de l'évaluation. L'extension de la part prise par la communauté à la gestion se heurte aussi à l'absence d'une définition claire des tâches des agents de santé communautaires et au manque d'un personnel d'encadrement bien formé (APHA, 1983).

Dans une communauté thaïlandaise, où l'on avait créé un comité de santé chargé de recruter et encadrer des agents de santé communautaires, le comité a peu à peu cessé toute activité une fois le recrutement achevé, faute d'une définition précise de ses fonctions et responsabilités (APHA, 1983). Alors qu'il est également souhaitable que la communauté participe plus largement à l'évaluation, l'étude de l'APHA a révélé, là encore, qu'elle ne jouait un rôle à cet égard (encore que non défini) que dans 25% environ seulement des programmes étudiés. Dans 40% des cas, son rôle se limitait à répondre aux questionnaires dans le cadre des enquêtes. Dans 35% des cas, la communauté se voyait refuser tout rôle dans l'évaluation.

De toutes ces observations, il ressort qu'il est sans doute bien plus difficile qu'on pourrait penser, à en croire les publications, d'accorder aux membres d'une communauté un rôle important dans la prise de décision concernant les programmes. Si, dans la plupart de ceux-ci, on se déclare en principe favorable à l'idée de développer le potentiel gestionnaire de la communauté, les planificateurs et organisations constatent que, en réalité, il est fort difficile d'y parvenir. Pour inciter les membres de la communauté à intervenir dans la prise de décision, il faut, semble-t-il, que les spécialistes, planificateurs et organisations formulent clairement les

tâches en cause et accordent aux intéressés un soutien énergique. Un effort concerté est indispensable de la part des spécialistes pour s'informer mutuellement des nouvelles techniques et nouvelles méthodes de planification et exécution des programmes. De leur côté, les non-spécialistes ont besoin de temps pour prendre confiance en soi et acquérir l'expérience d'un domaine qui ne leur est pas familier. Dans certains programmes, les membres de la communauté ont acquis une expérience de la gestion à propos, par exemple, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, avant de s'engager dans la gestion d'activités sanitaires. Dans d'autres programmes où l'on a commencé par les services de santé et où l'on s'est efforcé d'inciter les membres de la communauté à prendre part à la gestion, ceux-ci ont laissé les aspects techniques du programme aux spécialistes pour assumer des fonctions dans la gestion de projets communautaires de nature plus générale, par exemple en matière d'approvisionnement en eau, de nutrition ou de formation de revenu.

Au Kenya, une communauté rurale d'une région aride a estimé que l'approvisionnement en eau constituait son besoin le plus pressant et elle a établi un projet bien conçu d'exploitation des ressources hydriques, fournissant par ailleurs les moyens et l'infrastructure nécessaires. Une fois ce premier objectif atteint, cette communauté a tiré parti de l'expérience acquise et du cadre organisationnel mis en place pour assurer l'accès à des services de santé. En Indonésie, une collectivité avait lancé un programme de santé communautaire fondé sur un système d'assurance maladie et sur le recours à des agents de santé communautaires ; mais, au bout de quelque temps, le programme s'est peu à peu désintéressé de la prestation de services pour se tourner vers d'autres activités de développement communautaires, plus essentielles.

On connaît quelques exemples où les planificateurs ont essayé d'utiliser les services de santé comme base pour persuader les membres de la communauté, particulièrement les couches pauvres, d'assumer la responsabilité de questions communautaires de plus large portée. En pareil cas, les planificateurs ont généralement essayé de donner aux plus démunis la possibilité de faire preuve d'initiative et d'acquérir une certaine autonomie et ils ont estimé

que les services de santé constituaient un moyen d'y parvenir, vu leur caractère apolitique et la rapidité avec laquelle ils donnent des résultats. Mais, dans les premiers temps, les planificateurs se sont heurtés aux mêmes obstacles que dans les programmes visant uniquement l'amélioration des services de santé, à savoir la domination des spécialistes et la discordance entre l'action menée et l'attente de la communauté. Là encore, devant le décalage qui existe entre les conceptions théoriques et la réalité, les planificateurs sont bien obligés d'admettre qu'il leur faudra longtemps pour atteindre les objectifs proclamés.

Dans un programme national de santé communautaire lancé aux Philippines par une organisation non gouvernementale, les planificateurs pensaient qu'en éduquant la communauté — c'est-à-dire en lui expliquant les raisons de sa pauvreté — ils l'inciteraient à agir pour changer la situation existante. Dans les débuts du programme, l'accent a donc été mis sur l'organisation communautaire plutôt que sur la prestation de services. Mais la communauté, qui avait vu dans ce programme un programme à vocation sanitaire, s'est désintéressée des activités organisationnelles et éducatives quand elle a constaté qu'elle ne recevait pas les services attendus. Il s'est donc avéré indispensable de développer l'aspect sanitaire du programme et de s'en servir pour gagner la confiance des gens, pénétrer les esprits de la nécessité du changement et persuader les membres de la communauté qu'ils étaient capables de faire bouger les choses.

### **Mobilisation des ressources**

Comme on l'a déjà dit, l'une des raisons de faire participer la communauté aux programmes de SMI/PF est d'assurer un apport accru de ressources pour des activités qui constituent un besoin permanent. En outre, la participation communautaire permet aux collectivités d'acquérir une certaine autonomie et de cesser progressivement d'avoir à demander argent et conseils à des planificateurs et organisations de l'extérieur. Dans la quasi-totalité des programmes où la participation communautaire constitue un objectif, cette raison est l'une de celles qui justifient l'action engagée. Les publications relatives à la contribution potentielle des collectivités sont trop nombreuses pour qu'on puisse les citer ici en

détail ; mais quelques observations générales montreront comment les contributions de la communauté influent sur une participation communautaire effective aux programmes de SMI/PF.

En général, les ressources fournies par les collectivités se rangent dans trois grandes catégories :

- fourniture de main-d'œuvre pour la construction et l'entretien des installations
- mise à disposition de personnes susceptibles de remplir les fonctions d'agent de santé communautaire
- contribution financière couvrant le prix des médicaments et des soins courants.

Ces contributions sont souvent données pour preuve de l'existence de la participation communautaire. Pourtant, l'examen de fort nombreuses études de cas donne à penser que cette participation se limite en général à bénéficier des avantages du programme et à prendre part à ses activités. Les décisions de la communauté se résument au choix des futurs agents de santé communautaires et à celui du mode de financement des activités fixées par les planificateurs.

Cette situation se présente surtout dans les programmes principalement axés sur les services de santé car, en général, les planificateurs établissent le budget nécessaire pour les activités prévues et demandent ensuite aux membres de la communauté d'y contribuer. Une étude a été réalisée en 1982 par l'APHA sur le financement communautaire : l'examen de 100 programmes a permis de conclure que la décision de former des agents de santé communautaires, de financer l'acquisition des médicaments et d'assurer la main-d'œuvre nécessaire à la construction des établissements de soins était en général subordonnée aux impératifs budgétaires nationaux et non à la volonté ou à la capacité de la communauté de couvrir les dépenses correspondantes. Le financement communautaire serait mieux assuré si les planificateurs commençaient par étudier la demande (APHA, 1982).

Dans les programmes où l'amélioration de la santé est l'une des priorités ou dans ceux qui englobent une plus large gamme d'activités de développement, la communauté semble disposer d'une plus grande latitude dans le choix des modalités de la mobilisation des ressources. Cependant, dans les deux cas, ce sont en général les plus aisés qui prennent part aux décisions comme aux contributions (soit par esprit de charité, soit par volonté de se mettre en avant). La participation est alors le seul fait d'un petit cercle de personnes qui, en général, agissent à l'encontre des intérêts des

plus démunis. Parfois, même si la mobilisation des ressources résulte de choix opérés par la communauté et non imposés de l'extérieur, la décision est en réalité le fait d'une minorité. On a par ailleurs des raisons de penser qu'une large participation des couches pauvres de la communauté ne garantit pas une répartition plus équitable des avantages du programme. Sauf si les planificateurs veillent particulièrement à ce que ces avantages bénéficient aux plus démunis, la participation accrue de ces derniers peut n'avoir pour seul résultat que d'apporter un surcroît de bien-être à ceux qui étaient déjà les plus favorisés (Carino et al., 1982).

A cet égard, les programmes qui font de l'autoresponsabilité l'un de leurs objectifs sont également intéressants. D'après les études de cas, il semble très difficile de parvenir à l'autoresponsabilité. L'expérience montre que, lorsqu'on lance un programme de santé fondé sur la participation communautaire, une aide extérieure est indispensable au départ pour faciliter la mobilisation des ressources, permettre les discussions et communications, assurer un soutien technique et gestionnaire si besoin est et combler les déficits budgétaires provisoires (APHA, 1982). Dans les programmes destinés à aider les plus démunis, la situation est plus complexe car les intéressés peuvent rarement apporter leur contribution. Les observations faites jusqu'ici ne semblent guère indiquer que la mobilisation des ressources communautaires soit de nature à conduire à l'autoresponsabilité dans un programme à vocation sanitaire. C'est là un domaine où des recherches pourraient être fort utiles.

### **Choix et mise en place des dirigeants et animateurs**

Les planificateurs qui décident d'inclure la participation communautaire parmi les objectifs d'un programme optent souvent en faveur d'une approche entièrement nouvelle des problèmes de santé. L'adhésion ou l'opposition catégorique à cette approche, qui met l'accent sur le fait que ceux qui ont besoin de soins doivent jouer un rôle dans la prestation des services correspondants, dépendent de la personnalité du promoteur de la méthode. Dans la plupart des collectivités, la qualité de chef ou de notable résulte de considérations historiques et culturelles. Si l'on ignore ce contexte ou néglige d'en tenir compte, délibérément ou par inadvertance, l'expérience semble indiquer que les programmes n'ont pas grande chance d'être acceptés ou mis à profit par la collectivité, à quelque niveau que ce soit.

Pour la plupart, les programmes qui ont plus ou moins réussi à atteindre l'objectif affiché, à savoir mettre en place des services

de santé sur la base de la participation communautaire, bénéficiaient du soutien des chefs et notables locaux. Ce leadership peut être structurel ou personnel. Lorsqu'il émane d'organisations communautaires créées pour appuyer les programmes de développement communautaires, il y a d'assez bonnes chances pour qu'un nouveau programme accepté à ce niveau puisse être institutionnalisé et conduit durablement. Les programmes qui ont l'adhésion des responsables de la collectivité bénéficient du soutien de personnes influentes et se voient facilement attribuer des ressources.

Un leadership personnel a également joué un rôle important dans le développement de nombreux programmes. Ceux qui ont reçu la plus large publicité et qui ont été mis en avant comme modèles sont souvent les programmes où un leadership personnel, émanant en général d'un chef charismatique, a joué un rôle particulièrement important. Ces programmes s'inspirent souvent des vues d'une seule personne, au lieu d'être fondés sur des préoccupations communes à tous les membres de la communauté. Malheureusement, le risque existe qu'une fois l'inspirateur disparu, ses objectifs visionnaires aient trop rarement été institutionnalisés pour que le programme puisse continuer.

L'idée des soins de santé primaires tire en partie son origine de l'action d'organisations non gouvernementales qui ont, avec le concours de personnalités dévouées et éminemment respectées, mis au point un autre système de soins de santé dans des régions rurales où le dénuement et les besoins étaient considérables. Les résultats de cette action ont été consignés dans une publication de l'OMS intitulée *Participation et santé* (Newell, 1975), ainsi que dans diverses publications de la Commission médicale chrétienne et d'autres organismes. On peut constater que les méthodes nouvelles, fondées sur une large participation de la communauté aux avantages comme aux activités des programmes, ont permis, malgré des conditions très difficiles, d'améliorer la situation sanitaire, collective et individuelle. Mais rien ne prouve jusqu'ici qu'on pourrait obtenir ailleurs des résultats aussi bons, sur une plus grande échelle et sans les conseils de planificateurs.

De plus, la structure du leadership communautaire et l'identité des personnes qui assument ce rôle conditionnent dans une certaine mesure l'ampleur de la participation, limitée aux élites ou élargie constamment jusqu'à englober toutes les catégories socio-économiques. Il semble que le succès soit plus fréquent lorsqu'on cherche à obtenir la participation de la communauté sans s'appuyer uniquement sur des structures dirigeantes qui soutiennent les vues des élites. C'est particulièrement vrai pour les programmes de santé maternelle et infantile puisque, dans la plupart

des communautés, les élites se recrutent chez les hommes et ne reflètent ni les intérêts ni les besoins des femmes. En outre, une structure dirigeante plus représentative échappe au paternalisme ou au despotisme et permet un mode de fonctionnement plus proche de la démocratie et plus souple face aux divers besoins et exigences de la communauté.

Dans un programme pilote géré par le Département de médecine communautaire d'une université de la République islamique d'Iran, les structures villageoises traditionnelles, autoritaires et dominées par les hommes, faisaient obstacle à une participation large et durable de la communauté. Le programme a échoué pour diverses raisons, notamment l'absence d'un recours effectif à des agents de santé communautaires recrutés dans le voisinage. En fin de compte, les planificateurs ont fait venir la majorité des agents du niveau primaire de l'extérieur des régions pilotes pour essayer de les soustraire à l'emprise des autorités (ou élites) villageoises et de limiter la part prise par ces agents aux querelles politiques et familiales.

A certains égards, la nature du leadership communautaire peut être considérée comme un facteur « descriptif » sur lequel les planificateurs et organisations n'ont aucune action possible sans assumer un rôle ouvertement politique. En revanche, ils peuvent inciter les notables à prendre certaines mesures favorables à la réalisation des objectifs du programme et soutenir ceux d'entre eux qui sont prêts à encourager une large participation communautaire à la promotion de la santé. L'expérience montre que le leadership joue un rôle capital dans n'importe quel programme, mais selon des modalités qui dépendent des conditions propres à chaque cas d'espèce et de leurs corrélations mutuelles.

### **Priorité aux besoins des plus démunis**

Tous les programmes décrits dans les études de cas examinées ici font appel à la participation communautaire, sous une forme ou une autre, partant de l'idée que les systèmes antérieurs de soins de santé étaient inaccessibles aux pauvres ou inacceptables par eux. Lorsque les planificateurs et organisations font de l'amélioration des services de santé ou de l'élargissement du développement



communautaire l'un de leurs objectifs, les plus démunis deviennent le groupe « cible ». Pourtant, la littérature donne à penser qu'il est difficile de les faire participer aux programmes de SMI/PF — comme d'ailleurs à tout type de programme de prestations de services — dès lors que « participer » signifie davantage que bénéficier des services assurés. Cela semble vrai, que le programme vise principalement à améliorer les services de santé ou à élargir le développement communautaire. Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de choses.

Tout d'abord, la structure socio-économique de la plupart des collectivités interdit aux couches défavorisées à peu près tout accès aux ressources. Cela tient en partie au fait que ceux qui possèdent les connaissances et qualifications voulues pour avoir accès aux ressources en acquièrent également la maîtrise et, le plus souvent, ne sont guère enclins à partager avec autrui. Dépourvus des connaissances et qualifications nécessaires pour accéder aux ressources, ceux qui sont pauvres le restent.

Par ailleurs, les plus défavorisés n'ont ni le temps ni l'énergie voulus pour modifier cette situation. Ils vivent au jour le jour et doivent consacrer tous leurs efforts à survivre et non à obtenir tel ou tel avantage. Ils n'ont pratiquement rien à apporter à des programmes qui, à plus long terme, pourraient améliorer leur niveau de vie.

Enfin, le manque de connaissances et qualifications les confirment dans l'idée que rien ne peut les arracher à leur sort. De ce fait, ils restent généralement passifs face aux nouveaux programmes, sans essayer d'accéder à des services et activités qui amélioreraient leur existence. Cet obstacle semble le plus difficile à surmonter.

Pour ces diverses raisons, on a du mal à persuader les pauvres de participer à un programme. En accordant la priorité à leurs besoins, on se heurte à deux problèmes, dont le premier est de nature politique. Il faut que les planificateurs et organisations donnent l'impression qu'ils s'attaquent à un problème sans aucune discrimination. Les programmes de SMI/PF sont destinés à répondre aux besoins de la communauté. Toute discrimination en faveur des pauvres risquerait fort de soulever les protestations des mieux lotis, sous prétexte qu'eux aussi ont besoin d'aide pour résoudre leurs problèmes.

Un problème connexe se pose lorsque les organisations et planificateurs soutiennent des groupes situés en marge des structures en place du pouvoir, car ils risquent fort de s'aliéner ainsi les élites. Faute de trouver un terrain d'entente et de parvenir à un compromis, la confrontation peut être inévitable. On connaît des cas

où l'on a eu des victimes à déplorer par suite de la polarisation créée par un programme.

Dans un pays d'Asie, un programme de santé communautaire axé à l'origine sur les services hospitaliers a élargi son champ d'activité au développement communautaire et à la formation d'agents de santé communautaires de sexe féminin (ce qui constituait une innovation dans cette société traditionnellement dominée par les hommes). Peu à peu, à mesure que le programme apportait aux plus démunis et opprimés un revenu complémentaire et un poids politique accru, les groupes qui détenaient jusqu'alors les rênes du pouvoir — principalement des propriétaires fonciers — ont commencé à se sentir menacés. Un soir, un homme comptant parmi les agents de santé les plus actifs et les plus respectés n'est pas rentré chez lui. On l'a retrouvé décapité au bord de la route. L'enquête menée par le personnel du programme a révélé qu'il avait été la victime de tueurs à gages recrutés par les propriétaires locaux. Malheureusement, les preuves sont restées insuffisantes pour qu'on puisse faire comparaître aucun des coupables devant la justice.

Le second problème est d'ordre économique. Les études sur la façon d'améliorer le sort des plus démunis montrent que, pour y parvenir, il faut que les planificateurs et organisations y consacrent beaucoup de temps, d'argent et de travail (Coombs, 1980 ; Carino et al., 1982). S'ils s'engagent dans cette voie, c'est au détriment de programmes qui pourraient apporter un plus grand profit immédiat à un groupe de population plus nombreux. Cela explique que, dans de nombreux programmes dont l'objectif officiel est d'obtenir la participation des pauvres aux services de santé ou au développement communautaire, leur participation effective se limite à être les bénéficiaires du programme. Si les planificateurs et organisations sont conscients qu'il importe d'essayer de satisfaire aux besoins des plus démunis et s'y attachent souvent en priorité, l'expérience montre que la question est plus compliquée qu'on ne pensait.

## Chapitre 4.

---

# Conclusion : leçons à tirer de l'analyse et points restant à élucider

### Résumé

Sur la base des données examinées dans les chapitres précédents, on a proposé un cadre de travail applicable à l'analyse des types de programmes de SMI/PF qui font appel à la participation communautaire. Deux séries de facteurs ont été décrits, les uns de nature descriptive et les autres touchant à l'action, qui permettent d'apprécier les progrès réalisés par un programme et d'en prévoir les possibilités futures quant à l'importance de la participation communautaire.

### Limites

L'analyse ne permet pas de formuler des conclusions générales en ce qui concerne les facteurs qui, dans telles ou telles conditions, permettent d'obtenir le type de participation fixé comme objectif du programme par les planificateurs et organisations. Cela tient à plusieurs raisons.

Comme on l'a déjà indiqué, les facteurs « descriptifs » sont très rarement présentés en détail dans les études de cas. Leur importance est certes reconnue, mais peu d'indications sont fournies sur les raisons de cette importance dans le contexte particulier en cause, ni sur la façon précise dont ils influent sur la participation. Il est donc difficile de comprendre le rôle de ces facteurs dans le choix de la politique générale et dans la conduite des programmes.

Par ailleurs, bien que les études de cas recensés ici concernent un grand nombre d'organisations, rien ne garantit qu'elles soient

représentatives de tous les programmes de SMI/PF dans lesquels la participation communautaire joue un rôle important. En fait, il existe un risque de biais du fait que les cas présentés ici correspondent à des programmes qui ont bénéficié d'un financement extérieur tandis que les programmes exécutés uniquement avec des ressources propres ne figurent pas dans le document constituant la base de l'étude. C'est dire que la base de données n'est pas fiable.

En troisième lieu, comme on l'a déjà dit, les études de cas sont de longueur et de qualité inégales. Les plus nombreuses sont de loin les études de nature essentiellement descriptive, consacrées à la présentation d'un programme sans aucune analyse concernant les modalités du développement de la participation communautaire. Elles ne comportent pas de définition précise de ce qu'il faut entendre par participation communautaire et négligent des questions importantes telles que les divergences d'opinions entre planificateurs et membres de la communauté, l'importance du soutien obtenu de cette dernière et les structures du pouvoir au sein de la collectivité. En outre, la façon dont les programmes sont décrits vise souvent à faciliter leur agrément ou leur financement par des organismes internationaux, de sorte que des questions importantes sont omises ou présentées sous un jour favorable. Par exemple, s'agissant de programmes destinés en réalité à encourager l'initiative et l'autoresponsabilité au sein de groupes défavorisés, on insistera plutôt sur l'amélioration des services de santé pour avoir plus de chances d'obtenir le soutien des services officiels ou des organisations extérieures. Parmi les études recensées ici, rares sont celles qui éclairent la question.

En outre, les problèmes et les échecs sont assez rarement analysés. Le plus souvent, on se borne à des déclarations optimistes sur l'intérêt de la participation communautaire et sur la possibilité de la développer. Si des obstacles sont mentionnés, il s'agit ou bien de ceux que les planificateurs ont réussi à surmonter ou bien d'obstacles imputables à des facteurs « descriptifs », d'ordre culturel ou historique. Dans ces conditions, il est souvent impossible de répondre à des questions concernant le processus de prise de décision dans la communauté, la rentabilité de l'approche communautaire ou la possibilité de renouveler la même expérience ailleurs.

Enfin, la recherche de terrain est restée limitée. Etant donné que les collectivités ne sont pas des êtres immatériels, il est essentiel de recueillir l'opinion de leurs membres sur l'intérêt de la participation communautaire dans l'optique des soins de santé. Dans les études recensées ici, il est rare qu'on y ait vraiment cherché à recueillir l'opinion des intéressés. De plus, on a rarement posé les

questions essentielles pour comprendre comment obtenir une participation communautaire efficace. De ce fait, l'analyse risque fort d'avoir négligé certains facteurs importants que la recherche de terrain aurait révélés.

## Possibilités

L'analyse permet pourtant indiscutablement de proposer des méthodes utilisables par les planificateurs et organisations pour obtenir une participation communautaire aux programmes de SMI/PF de nature à contribuer à la réalisation des objectifs fixés. Par exemple, ils pourraient sans doute clarifier leurs objectifs en s'interrogeant sur les raisons qui rendent la participation nécessaire, sur l'identité des participants et sur les modalités de leur participation. On disposerait ainsi d'une base pratique sur laquelle fonder l'action au lieu des arguments banals généralement avancés.

Lorsqu'une large participation communautaire constitue l'un des objectifs affichés d'un programme, il faut proposer aux membres de la communauté toute une gamme de possibilités et d'activités. Dans une analyse approfondie de neuf projets conduits en Asie avec le concours de la communauté — et dont la plupart comportaient certains aspects relatifs à la santé —, Coombs déclare à juste titre :

« Un programme qui souscrit aux valeurs et à l'éthique d'un service fondé sur la communauté doit subordonner ses objectifs immédiats et précis — qu'il s'agisse de l'acceptation de la contraception ou d'un traitement antiparasitaire ou encore de la vaccination contre les maladies évitables — aux besoins et intérêts ultimes de ceux qui constituent cette communauté. Ces besoins et intérêts, tels qu'ils sont perçus par la communauté elle-même, sont l'unique base possible d'un authentique programme de service axé sur la communauté » (Coombs, 1980).

C'est la même idée qui est reprise dans une analyse de 35 projets par l'American Public Health Association :

« L'expérience de ces projets montre qu'il existe une corrélation entre l'importance de la participation et l'adoption d'une approche intégrée, ouverte aux priorités de la communauté et non strictement axée sur les soins de santé » (APHA, 1983).

Ceux qui voient dans la participation communautaire un moyen d'accroître la rentabilité des programmes de SMI/PF doi-

vent tirer les leçons de l'expérience acquise dans divers programmes. Il en ressort apparemment, spécialement dans le cas des programmes qui mettent l'accent sur les besoins des plus démunis et comportent un élément « services de santé », que les besoins financiers sont considérables à court terme. En outre, la communauté tend à limiter sa participation à bénéficier des avantages offerts par le programme et à prendre part à ses activités. Apparemment, il faut longtemps pour que la participation s'étende à la prise de décision et à la mobilisation des ressources.

Les planificateurs et les organisations devraient procéder à l'analyse de leur propre expérience et de l'expérience acquise par ailleurs pour chercher la réponse à un certain nombre de questions, dont les plus importantes sont les suivantes :

- 1) Quelle est l'influence du programme sur la situation sanitaire de la population et de quelle façon la participation communautaire a-t-elle modifié l'état de santé de chacun ?
- 2) Quelle est l'influence de la participation communautaire (au sens donné à cette expression dans le programme) sur l'utilisation des services, de l'avis à la fois des planificateurs et des membres de la communauté, et comment expliquer ce résultat ?
- 3) De façon plus générale, quelles améliorations ont découlé de la participation communautaire en matière de santé, et comment ces améliorations se sont-elles manifestées ?
- 4) Comment les planificateurs et organisations responsables du programme ont-ils appréhendé et résolu les problèmes inévitables qui surgissent en matière d'influence politique lorsqu'une large participation menace le pouvoir des élites en place ?

La réponse à ces questions permet de mieux comprendre la dynamique de la participation communautaire et certaines des conditions qui font qu'elle contribue ou non à la réalisation des objectifs d'un programme.

On le voit, la notion de participation communautaire et sa mise en œuvre sont fort complexes. En dépit de la littérature qui s'accumule sur la question, s'agissant aussi bien de programmes à visée sanitaire que d'autres programmes de développement, on connaît encore mal la dynamique et l'influence de la participation communautaire. Pour parvenir à en exploiter pleinement le potentiel, il faudra procéder à une analyse critique plus approfondie des programmes exécutés à ce jour.

---

# Bibliographie

- APHA. *The state of the art of delivering low cost health services in developing countries*. Washington, DC, American Public Health Association, 1977.
- APHA. *Community financing of primary health care*. Washington, DC, American Public Health Association, 1982.
- APHA. *Community participation in primary health care*. Washington, DC, American Public Health Association, 1983.
- BROKENSHA, D. & HODGE, P. *Community development : an interpretation*. Novato, CA, Chandler & Sharp Publications, 1969.
- CARINO, L.V. et al. *Integration, participation and effectiveness : an analysis of the operations and effects of five rural health delivery mechanisms*. Manille, Institut philippin d'étude sur le développement, 1982.
- COOMBS, P., réd. *Meeting the basic needs of the rural poor*. New York, Pergamon Press, 1980.
- FÉDÉRATION MONDIALE DES ASSOCIATIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Training community health workers*. Washington, DC, American Public Health Association, 1984.
- FOSTER, G. Community development and primary health care : their conceptual similarities. *Medical anthropology*, 6(3) : 183-195 (1982).
- MEZIROW, J.D. *Dynamics of community development*. New York, Scarecrow Press, 1963.
- MORLEY, D. et al. *Practising health for all*. Oxford, Oxford University Press, 1983.
- MYRDAL, G. & KING, S. *Asian drama : an inquiry into the poverty of nations*. New York, Vintage Books, 1972.
- NEWELL, K.W., réd. *Participation et santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1975.
- OAKLEY, P. *Community involvement in health development : an examination of the critical issues*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989.

- OMS. *Alma-Ata 1978. Les soins de santé primaires*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1978 (Série « Santé pour tous », N° 1).
- OMS/UNICEF. *Community involvement in primary health care : a study of the process of community motivation and continued participation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1977.
- ONU, DÉPARTEMENT DES AFFAIRES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES. *Popular participation in development : emerging trends in community development*. New York, Nations Unies, 1971.
- OPS. *Community participation in health and development in the Americas : an analysis of selected case studies*. Washington, DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 1984 (Publication scientifique N° 473).
- PIZURKI, H. et al. *Women as providers of health care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1987.
- SANDERS, I. *Health planning and community participation : case studies from south-east Asia*. Londres, Croom Helm, 1985.
- UNICEF. Community participation : current issues and lessons learned. *Assignment children*, **59/60** (1982).







WHO publications may be obtained, direct or through booksellers, from:

- ALGERIA:** Société Nationale d'Édition et de Diffusion, 3 bd Zirout Youcef, ALGIERS
- ARGENTINA:** Carlos Hirsch SRL, Florida 165, Galerías Güemes, Escritorio 453/465, BUENOS AIRES
- AUSTRALIA:** *Mail Order Sales:* Australian Government Publishing Service, P.O. Box 84, CANBERRA A.C.T. 2600; *or over the counter from* Australian Government Publishing Service Bookshops at: 70 Alinga Street, CANBERRA CITY A.C.T. 2600; 294 Adelaide Street, BRISBANE, Queensland 4000; 347 Swanston Street, MELBOURNE, VIC 3000; 309 Pitt Street, SYDNEY, NSW, 2000; Mt Newman House, 200 St. George's Terrace, PERTH, WA 6000; Industry House, 12 Pirie Street, ADELAIDE, SA 5000; 156-162 Macquarie Street, HOBART, TAS 7000 — Hunter Publications, 58A Gippis Street, COLLINGWOOD, VIC 3066 — R. Hill & Son Ltd, 608 St. Kilda Road, MELBOURNE, VIC 3004; Lawson House, 10-12 Clark Street, CROW'S NEST, NSW 2065
- AUSTRIA:** Gerold & Co., Graben 31, 1011 VIENNA 1
- BANGLADESH:** The WHO Programme Coordinator, G.P.O. Box 250, DACC A 5 — The Association of Voluntary Agencies, P.O. Box 5045, DACC A 5
- BELGIUM:** Office international de Librairie, 30 avenue Marnix, 1050 BRUSSELS — *Subscriptions to World Health only:* Jean de Lannoy, 202 avenue du Roi, 1060 BRUSSELS
- BRAZIL:** Biblioteca Regional de Medicina OMS/OPS, Unidade de Venda de Publicações, Caixa Postal 20.381, Vila Clementino, 04023 SÃO PAULO, S.P.
- BURMA:** see India, WHO Regional Office
- CANADA:** *Single and bulk copies of individual publications (not subscriptions):* Canadian Public Health Association, 1335 Carling Avenue, Suite 210, OTTAWA, Ont. K1Z 8N8 *Subscriptions: Subscription orders, accompanied by cheque made out to the Royal Bank of Canada, OTTAWA, Account World Health Organization, should be sent to the World Health Organization, P.O. Box 1800, Postal Station B, OTTAWA, Ont. K1P 5R5. Correspondence concerning subscriptions should be addressed to the World Health Organization, Distribution and Sales, 1211 GENEVA 27, Switzerland*
- CHINA:** China National Publications Import Corporation, P.O. Box 88, BEIJING (PEKING)
- COLOMBIA:** Distrilibros Ltd. Pio Alfonso Garcia, Carrera 4a, Nos 36-119, CARTAGENA
- CYPRUS:** Publishers' Distributors Cyprus, 30 Demokratias Ave Ayios Dhometios, P.O. Box 4165, NICOSIA
- CZECHOSLOVAKIA:** Arnia, Ve Smeckach 30, 11127 PRAGUE 1
- DENMARK:** Munksgaard Export and Subscription Service, Nørre Søgade 35, 1370 COPENHAGEN K
- ECUADOR:** Librería Científica S.A., P.O. Box 362, Luque 223, GUAYAQUIL
- EGYPT:** Osiris Office for Books and Reviews, 50 Kasr El Nil Street, CAIRO
- EL SALVADOR:** Librería Estudiantil, Edificio Comercial B, No 3, Avenida Libertad, SAN SALVADOR
- FIJI:** The WHO Programme Coordinator, P.O. Box 113, SUVA
- FINLAND:** Akateeminen Kirjakauppa, Keskukskatu 2, 00101 HELSINKI 10
- FRANCE:** Librairie Arnette, 2 rue Casimir-Delavigne, 75006 PARIS
- GERMAN DEMOCRATIC REPUBLIC:** Buchhaus Leipzig, Postfach 140, 701 LEIPZIG
- GERMANY, FEDERAL REPUBLIC OF:** Govi-Verlag GmbH, Ginnheimerstrasse 20, Postfach 5360, 6236 ESCHBORN — W. E. Saarbach, Postfach 101610, Foellerstrasse 2, 5000 KÖLN 1 — Alex. Horn, Spiegelgasse 9, Postfach 3340, 6200 WIESBADEN
- GHANA:** Fides Enterprises, P.O. Box 1628, ACCRA
- GREECE:** G. C. Eleftheroudakis S.A., Librairie internationale, rue Nikis 4, ATHENS (T. 126)
- HAITI:** Max Bouchereau, Librairie "A la Caravelle", Boite postale 111-B, PORT-AU-PRINCE
- HONG KONG:** Hong Kong Government Information Services, Beaconsfield House, 6th Floor, Queen's Road, Central, VICTORIA
- HUNGARY:** Kultúra, P.O.B. 149, BUDAPEST 62 — Akadémiai Könyvesbolt, Váci utca 22, BUDAPEST V
- ICELAND:** Snaebjorn Jonsson & Co., P.O. Box 1131, Hafnarstraeti 9, REYKJAVIK
- INDIA:** WHO Regional Office for South-East Asia, World Health House, Indraprastha Estate, Ring Road, New DELHI 110002 — Oxford Book & Stationery Co., Scindia House, NEW DELHI 110001; 17 Park Street, CALCUTTA 700016 (*Sub-agent*)
- INDONESIA:** M/s Kalman Book Service Ltd, Kwitang Raya No. 11, P.O. Box 3105/Jkt., JAKARTA
- IRAN:** Iranian Amalgamated Distribution Agency, 151 Khaban Soraya, TEHRAN
- IRAQ:** Ministry of Information, National House for Publishing, Distributing and Advertising, BAGHDAD
- IRELAND:** The Stationery Office, DUBLIN 4
- ISRAEL:** Heiliger & Co., 3 Nathan Strauss Street, JERUSALEM
- ITALY:** Edizioni Minerva Medica, Corso Bramante 83-85, 10126 TURIN; Via Lamarmora 3, 20100 MILAN
- JAPAN:** Maruzen Co Ltd, P.O. Box 5050, Tokyo International, 100-31
- KOREA, REPUBLIC OF:** The WHO Programme Coordinator, Central P.O. Box 540, SEOUL
- KUWAIT:** The Kuwait Bookshops Co Ltd, Thunayan Al-Ghanem Bldg, P.O. Box 2942, KUWAIT
- LAO PEOPLE'S DEMOCRATIC REPUBLIC:** The WHO Programme Coordinator, P.O. Box 343, VIENTIANE
- LEBANON:** The Levanti Distributors Co S.A.R.L., Box 1181, Makdassi Street, Hanna Bldg, BEIRUT
- LUXEMBOURG:** Librairie du Centre, 49 bd Royal, LUXEMBOURG
- MALAWI:** Malawi Book Service, P.O. Box 30044, Chichiti, BLANTYRE 3
- MALAYSIA:** The WHO Programme Coordinator, Room 1004, Tzippanick Building, Jalan Raja Chulan, KUALA LUMPUR 05-02 — Jubilee (Book) Store Ltd, 97 Jalan Tuanku Abdul Rahman, P.O. Box 629, KUALA LUMPUR 01-08 — Parry's Book Centre, K. L. Hilton Hotel, Jln Treacher, P.O. Box 960, KUALA LUMPUR
- MEXICO:** La Prensa Médica Mexicana, Ediciones Científicas, Paseo de las Facultades 26, Apt Postal 20-413, MEXICO CITY 20, D.F.
- MONGOLIA:** see India, WHO Regional Office
- MOROCCO:** Editions La Porte, 281 avenue Mohammed V, RABAT
- MOZAMBIQUE:** INLD, Caixa Postal 4030, MAPUTO
- NEPAL:** see India, WHO Regional Office
- NETHERLANDS:** Medical Books Europe BV, Noorderwal 38, 7241 BL LOCHEM
- NEW ZEALAND:** Government Printing Office, Publications Section, Mulgrave Street, Private Bag, WELLINGTON 1; Walter Street, WELLINGTON; World Trade Building, Cubacade, Cuba Street, WELLINGTON. *Government Bookshops at:* Hannaford Burton Building, Rutland Street, Private Bag, AUCKLAND; 159 Hereford Street, Private Bag, CHRISTCHURCH; Alexandra Street, P.O. Box 857, HAMILTON; T & G Building, Princes Street, P.O. Box 1104, DUNEDIN — R. Hill & Son, Ltd, Ideal House, Cnr Gillies Avenue & Eden St., Newmarket, AUCKLAND 1
- NIGERIA:** University Bookshop Nigeria Ltd, University of Ibadan, IBADAN
- NORWAY:** J. G. Tanum A/S, P.O. Box 1177 Sentrum, OSLO 1
- PAKISTAN:** Mirza Book Agency, 65 Shahrah-E-Quaid-E-Azam, P.O. Box 729, LAHORE 3
- PAPUA NEW GUINEA:** The WHO Programme Coordinator, P.O. Box 5896, BOROKE
- PHILIPPINES:** World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, P.O. Box 2932, MANILA — The Modern Book Company Inc., P.O. Box 632, 922 Rizal Avenue, MANILA 2800
- POLAND:** Skhadnia Księgarska, ul Mazowiecka 9, 00052 WARSAW (*except periodicals*) — BKWZ Ruch, ul Wronia 23, 00840 WARSAW (*periodicals only*)
- PORTUGAL:** Livraria Rodrigues, 186 Rua do Ouro, LISBON 2
- SIERRA LEONE:** Njala University College Bookshop (University of Sierra Leone), Private Mail Bag, FREETOWN
- SINGAPORE:** The WHO Programme Coordinator, 144 Moulmein Road, G.P.O. Box 3457, SINGAPORE 1 — Select Books (Pte) Ltd, 215 Tanglin Shopping Centre, 2/F, 19 Tanglin Road, SINGAPORE 10
- SOUTH AFRICA:** Van Schaik's Bookstore (Pty) Ltd, P.O. Box 724, 268 Church Street, PRETORIA 0001
- SPAIN:** Comercial Athenum S.A., Consejo de Ciento 130-136, BARCELONA 15; General Moscardó 29, MADRID 20 — Librería Diaz de Santos, Lagasca 95 y Maldonado 6, MADRID 6; Balmes 417 y 419, BARCELONA 22
- SRI LANKA:** see India, WHO Regional Office
- SWEDEN:** Aktiebolaget C. E. Fritzes Kungl. Hovbokhandel, Regeringsgatan 12, 10327 STOCKHOLM
- SWITZERLAND:** Medizinischer Verlag Hans Huber, Länggass Strasse 76, 3012 BERN 9
- SYRIAN ARAB REPUBLIC:** M Farras Kekkha, P.O. Box No 5221, ALEPPO
- THAILAND:** see India, WHO Regional Office
- TUNISIA:** Société Tunisienne de Diffusion, 5 avenue de Carthage, TUNIS
- TURKEY:** Haset Kitapevi, 467 Istiklal Caddesi, Beyoğlu, ISTANBUL
- UNITED KINGDOM:** H.M. Stationery Office: 49 High Holborn, LONDON WC1V 6BH; 13a Castle Street, EDINBURGH EH2 3AR; 41 The Hayes, CARDIFF CF1 1JW; 80 Chichester Street, BELFAST BT1 4JY; Brazennose Street, MANCHESTER M60 8AS; 258 Broad Street, BIRMINGHAM B1 2HE; Southey House, Wine Street, BRISTOL BS1 2BQ *All mail orders should be sent to P.O. Box 569, LONDON SE1 9NH*
- UNITED STATES OF AMERICA:** *Single and bulk copies of individual publications (not subscriptions):* WHO Publications Centre USA, 49 Sheridan Avenue, ALBANY, N.Y. 12210. *Subscriptions: Subscription orders, accompanied by check made out to the Chemical Bank, New York, Account World Health Organization, should be sent to the World Health Organization, P.O. Box 5284, Church Street Station, NEW YORK, N.Y. 10249. Correspondence concerning subscriptions should be addressed to the World Health Organization, Distribution and Sales, 1211 GENEVA 27, Switzerland. Publications are also available from the United Nations Bookshop, NEW YORK, N.Y. 10017 (retail only)*
- USSR:** *For readers in the USSR requiring Russian editions:* Komsomolskij prospekt 18, Medicinskaja Kniga, MOSCOW — *For readers outside the USSR requiring Russian editions:* Kuzneckij most 18, Meždunarodnaja Kniga, MOSCOW G-200
- VENEZUELA:** Editorial Interamericana de Venezuela C.A., Apartado 50.785, CARACAS 105 — Librería del Este, Apartado 60.337, CARACAS 106 — Librería Médica Paris, Apartado 60.681, CARACAS 106
- YUGOSLAVIA:** Jugoslovenska Knjiga, Terazije 27/II, 11000 BELGRADE
- ZAIRE:** Librairie universitaire, avenue de la Paix No 167, B.P. 1682, KINSHASA 1

Special terms for developing countries are obtainable on application to the WHO Programme Coordinators or WHO Regional Offices listed above or to the World Health Organization, Distribution and Sales Service, 1211 Geneva 27, Switzerland. Orders from countries where sales agents have not yet been appointed may also be sent to the Geneva address, but must be paid for in pounds sterling, US dollars, or Swiss francs.

Price: Sw fr. 16.—

Prices are subject to change without notice.

C/1/81