

PH 822-150

QUESTIONS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE:

ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Arthur Goldsmith
Barbara Pillsbury
David Nicholas

PRICOR

**Recherche Opérationnelle en Matière
De Soins de Santé Primaires**

Center for Human Services
5530 Wisconsin Avenue
Chevy Chase, Maryland 20815

05

Library of Congress Cataloging in Publication Data

Goldsmith, Arthur A. (Arthur Austin), 1949-
Operations research issues; community organization.

"This publication was prepared under Agency for
International Development contract
DSPE-5290-A-00-1048-00"--T.p. verso.

Includes bibliographies.

1. Community health services--Developing
countries--Citizen participation. 2. Operations
research. I. Pillsbury, Barbara L. K. II. Nicholas,
David, 1936- . III. United States. Agency for
International Development. IV. Primary Health Care
Operations Research (Chevy Chase, Md.) V. Title. [DNLM;
1. Community Health Services--organization &
administration. 2. Primary Health Care--organizations &
administration. 3. Research--methods. WA 546.1 G624o]
RA441.5.G63 1985 362.1'0425 85-71245.

La présente publication a été élaborée dans le cadre du Contrat de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international DSPE-5920-A-00-1048-00. Les vues exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du Comité consultatif d'experts, de l'Agence pour le développement international ni du Center for Human Services.

Toute partie de cette monographie peut être reproduite ou adaptée pour répondre aux besoins locaux sans l'autorisation préalable des auteurs ou du Center for Human Services dans la mesure où les parties reproduites sont communiquées gratuitement ou au prix de revient. Toute reproduction commerciale exige l'autorisation préalable du Center for Human Services. Ce dernier apprécierait de recevoir un exemplaire de tout document reprenant une partie de la présente monographie.

Autres publications de la Série de monographies du PRICOR:

Questions de recherche opérationnelle: Agents de santé communautaires

Questions de recherche opérationnelle: Financement communautaire

*Méthodes de recherche opérationnelle: Une approche générale des soins
de santé primaires*

Méthodes de recherche opérationnelle: Analyse coût-efficacité

Imprimé en décembre 1986 aux Etats-Unis d'Amérique.

Graphiques et couverture conçus par Patricia A. Bryant.

b

PREFACE

La recherche opérationnelle en matière de soins de santé primaires (PRICOR) est un projet du Center for Human Services, financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) dans le cadre d'un accord de coopération (AID/DSPE-5920-A-00-1048-00). Le Center for Human Services est une organisation à but non lucratif, assurant des services de développement et spécialisée dans la conception et la gestion de programmes portant sur les besoins de base des habitants des pays en développement et des Etats-Unis. Le PRICOR s'est fixé comme objectif de promouvoir la recherche opérationnelle en tant qu'instrument capable d'aider les directeurs et les responsables de programme à trouver des solutions aux problèmes auxquels ils se heurtent dans la conception et l'exploitation des programmes de soins de santé primaires (SSP).

Ce projet comporte les activités suivantes: le financement et le contrôle des études effectuées dans les pays, l'organisation d'ateliers et de conférences; la conduite d'études méthodologiques et comparatives et la diffusion des résultats de la recherche qui a été financée. Le PRICOR s'intéresse notamment à la recherche destinée à surmonter les problèmes qui entravent l'expansion des services SSP essentiels aux populations à haut risque dans les communautés rurales et périurbaines. En conséquence, le PRICOR s'est concentré sur la recherche opérationnelle pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés dans quatre domaines prioritaires:

- o Agents de santé communautaires
- o Distribution de produits au niveau de la communauté
- o Financement communautaire
- o Organisation communautaire

La recherche opérationnelle consiste en une méthode systématique pour résoudre les problèmes. Dans la recherche opérationnelle, plutôt que d'avoir recours à un processus empirique coûteux, on applique un plan d'analyse bien défini en vue de sélectionner la meilleure solution parmi plusieurs possibilités. Un problème opérationnel spécifique est tout d'abord défini puis analysé. Des solutions possibles sont élaborées et évaluées afin d'identifier celles qui sont les plus appropriées et les plus plausibles. Des recommandations sont alors présentées pour tester, ou dans certains cas mettre en oeuvre directement, la ou les meilleures solutions.

Cette brochure fait partie d'une série de cinq monographies sur la recherche opérationnelle qui ont été rédigées par le personnel et les consultants du PRICOR à l'usage des chercheurs du monde en développement qui désirent en savoir davantage sur cette méthode et son application à leurs programmes de soins de santé primaires. Les cinq monographies ont pour titre:

- o Documents de synthèse
 1. Questions de recherche opérationnelle: financement communautaire
 2. Questions de recherche opérationnelle: agents de santé communautaires
 3. Questions de recherche opérationnelle: organisation communautaire

o Documents de méthodologie

1. Méthodes de recherche opérationnelle: une approche générale des soins de santé primaires
2. Méthodes de recherche opérationnelle: analyse coût-efficacité

REMERCIEMENTS

Le présent document a été préparé par Arthur A. Goldsmith, Ph.D., du Département de gestion de l'Université du Massachusetts, Barbara L. Pillsbury, Ph.D., anthropologue et consultante privée et David Nicholas, M.D., M.P.H., Directeur adjoint du PRICOR, avec l'assistance du Comité consultatif d'experts qui comprenait les membres suivants:

- o Ann T. Brownlee, Ph.D. Consultante indépendante, San Diego
- o Eugenia Eng, Dr.P.H. School of Public Health, University of North Carolina
- o Jerome S. Stromberg, Ph.D. Department of Preventive Medicine, University of Colorado
- o William B. Ward, Dr.P.H. School of Public Health, University of South Carolina
- o John P. Young, Ph.D. School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University

Le comité s'est réuni pour aborder le sujet, en revoir les grandes lignes et orienter la rédaction des documents. Les premiers jets du document ont été revus par les membres du comité, les chercheurs sélectionnés financés par le PRICOR ainsi que par un certain nombre de personnes intéressées de l'Agence pour le développement international. Les auteurs souhaitent remercier tout particulièrement les membres du comité de leurs précieuses suggestions: Lani Rice et Carol Grabauskas, les internes du PRICOR pour avoir aidé le personnel à terminer le document, Esther Peckham et Frances Gallagher pour avoir préparé le manuscrit, et Elizabeth Scullin pour en avoir fait la révision. La traduction de cette brochure a été réalisée par Laetitia Rice de Language Specialists and Translators.

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I. L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE: UNE PRIORITE DE LA RECHERCHE POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	7
Qu'est-ce que l'organisation communautaire?	7
Pourquoi l'organisation communautaire est-elle importante pour les soins de santé primaires?	10
Importance de la recherche opérationnelle sur l'organisation communautaire	14
CHAPITRE II. PROBLEMES OPERATIONNELS AYANT TRAIT A L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	23
Groupes de problèmes ayant trait à l'organisation communautaire	23
Analyse systématique des problèmes d'organisation communautaire	24
Identification des variables clés d'un problème	28
Liste des problèmes opérationnels, des variables de décision et des contraintes	30
CHAPITRE III. ELABORATION D'UNE ETUDE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	49
Phase I: Analyse du problème	50
Phase II: Mise au point de solutions	55
Phase III: Test et évaluation des solutions	66
Un dernier mot	67
ANNEXE A: RESUMES DES ETUDES FINANCEES PAR LE PRICOR EN MATIERE D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES	69
ANNEXE B: OUTILS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE POUR LA RESOLUTION DE PROBLEMES EN MATIERE D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	79
GLOSSAIRE	85

LISTE DES FIGURES

	Page
2-1 Un système simple	25
2-2 Schéma d'un système d'organisation communautaire en soins de santé primaires	27
2-3 Quelques variables ayant trait aux incitations	29
3-1 Etapes d'une méthode générale de recherche opérationnelle	49
3-2 Etapes de l'analyse des problèmes	50
3-3 Exemple d'un plan de recherche	54
3-4 Exemple d'un plan de recherche pour l'étude des objectifs	55
3-5 Etapes de la mise au point de solutions	55
3-6 Etapes du test et de l'évaluation de la solution	66

LISTE DES TABLEAUX

3-1 Evaluation à critères multiples de l'utilité des objectifs de programme SSP	61
3-2 Tableau complété de l'évaluation à critères multiples de l'utilité pour deux objectifs potentiels du programme SSP	63
3-3 Ensemble final des objectifs choisis pour le programme SSP	65

af

GLOSSAIRE DES SIGLES

AID	Agence pour le développement international (USAID)
APHA	Association américaine pour la santé publique
FC	Financement communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
OC	Organisation communautaire
RO	Recherche opérationnelle
SRO	Sels de réhydratation orale
TRO	Thérapie de réhydratation orale
SSP	Soins de santé primaires
PRICOR	Primary Health Care Operations Research (Recherche opérationnelle en matière de soins de santé primaires)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OMS	Organisation mondiale de la santé

INTRODUCTION

Les soins de santé primaires sont de plus en plus reconnus comme une stratégie permettant de fournir des soins de santé de base à toutes les populations des pays en développement qui n'ont pas encore accès à ce type de service. Les programmes des soins de santé primaires peuvent avoir une influence importante sur la santé car ils se concentrent sur un nombre limité de problèmes de santé qu'il est possible de prévenir avec des interventions simples et relativement bon marché.

La diarrhée, les affections respiratoires, la malnutrition et les maladies contagieuses sont les problèmes de santé les plus graves dans les pays en développement. Il donnent lieu à des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelle et infantile, particulièrement dans les zones rurales et dans les environs des centres urbains où les services de santé organisés sont les plus limités. Il est ironique de constater que beaucoup de ces souffrances pourraient être évitées, car quelques interventions de soins de santé primaires pourraient atténuer ces problèmes de manière spectaculaire si l'on pouvait trouver des moyens d'atteindre ces populations cibles--notamment les femmes et les enfants -- grâce à des services de soins de santé primaires indispensables comme les vaccinations, la thérapie de réhydratation orale (TRO), les contrôles de la croissance, le planning familial, la prophylaxie du paludisme, l'approvisionnement en eau, l'hygiène environnementale et les soins périnataux.

En 1978, la Conférence internationale sur les soins de santé primaires s'est tenue à Alma-Ata en Union soviétique. Des représentants de 134 pays ont participé à cet événement historique et les soins de santé primaires ont été endossés comme stratégie permettant à la population mondiale d'avoir universellement accès aux services de santé de base. La déclaration d'Alma-Ata définit les soins de santé primaires de la façon suivante:

...des soins de santé indispensables basés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement saines et socialement acceptables et accessibles universellement aux individus et aux familles de la communauté par le biais de leur pleine participation à un coût acceptable par la communauté et le pays... [Les soins de santé primaires] apportent une solution aux principaux problèmes de santé de la communauté en fournissant les services adéquats de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation... [ceux-ci] comprennent au moins: l'éducation concernant les problèmes de santé actuels et les méthodes permettant de les prévenir et de les contrôler; la promotion de l'approvisionnement en produits alimentaires et d'une alimentation équilibrée; l'approvisionnement suffisant en eau potable et une hygiène de base; les soins de santé materno-infantiles; la vaccination contre les principales maladies infectieuses; la prévention et le contrôle des maladies endémiques au niveau local; le traitement approprié des maladies et des blessures courantes; et la fourniture des médicaments de base.(1)

L'Agence pour le développement international, qui a financé de nombreux projets de soins de santé primaires dans le monde entier, est l'une des organisations tentant de trouver des moyens d'atteindre ce but. Ces projets, largement documentés dans une récente publication de l'Association américaine de la santé publique, ont prouvé que les soins de santé primaires réussissaient à réduire la mortalité prématurée et la morbidité excessive.(2)

L'Agence pour le développement international s'est tout particulièrement intéressée à la recherche de moyens d'étendre la protection maternelle et infantile dans les zones rurales et périurbaines, grâce à des services de soins de santé primaires essentiels comme les vaccinations et la thérapie de réhydratation orale, entre autres. Cependant, l'AID et les autres bailleurs de fonds internationaux ont appris par expérience qu'il n'était pas simple d'atteindre ces objectifs.

Rôle de la recherche opérationnelle dans le domaine des soins de santé primaires

Avant même que les soins de santé primaires ne soient disponibles universellement, il convient de résoudre bon nombre de problèmes opérationnels. Par exemple, le compte rendu de la Conférence d'Alma Ata notait que :

Les soins de santé primaires sont suffisamment bien connus pour que la majorité soit mise en pratique immédiatement. Toutefois, il y a encore beaucoup à apprendre sur ses applications dans les conditions locales; des problèmes de contrôle et d'évaluation se poseront au cours de leur mise en oeuvre, qui exigeront des recherches. Ils peuvent avoir trait à des questions d'organisation des soins de santé primaires et des services de soutien; à la mobilisation du soutien et de la participation communautaires; à la planification à l'intention des agents de santé communautaires et à leur formation, leur supervision, leur rémunération et les possibilités de promotion ainsi qu'aux méthodes de financement des soins de santé primaires.(3)

Reconnaissant l'importance de la recherche dans la mise en oeuvre des soins de santé primaires, le Bureau de la santé de l'AID a financé le PRICOR pour aider les directeurs des programmes de soins de santé primaires et les décideurs à trouver des solutions à ces problèmes grâce à la recherche opérationnelle. Le PRICOR a défini la recherche opérationnelle comme étant un processus permettant de résoudre les problèmes et comprenant trois phases:

1. L'analyse systématique des problèmes opérationnels;
2. L'utilisation des méthodes analytiques les mieux adaptées pour identifier les meilleures solutions à ce problème; et
3. La validation des solutions.

Bien que l'utilisation de la recherche opérationnelle ne soit pas encore largement répandue pour analyser et décider comment améliorer les

services de santé dans les pays en développement, elle peut être mise à contribution pour examiner certains problèmes ayant trait à la prestation des soins de santé primaires.

Par exemple, la recherche opérationnelle peut être utilisée pour examiner les avantages et les inconvénients des différentes approches pour faire participer la communauté à l'organisation d'un programme de soins de santé primaires, évaluer les organisations existantes (par exemple, les coopératives d'exploitants, les comités de développement et les églises) afin de déterminer quelle est celle qui serait la plus efficace pour accroître la protection des soins de santé primaires ou afin d'étudier la participation de la communauté aux soins de santé primaires et d'identifier des façons de l'améliorer.

Ce document a été préparé pour aider les décideurs, les directeurs de programme et les chercheurs à identifier les problèmes de l'organisation communautaire qui peuvent être résolus par la recherche opérationnelle. Ce document est particulièrement utile aux pays en développement qui se consacrent activement à la planification ou au fonctionnement des programmes de soins de santé primaires exigeant l'organisation communautaire, la présence de chercheurs affectés aux soins de santé primaires, de directeurs de programme et de planificateurs de la politique de la santé.

Les objectifs spécifiques de ce document sont les suivants:

1. Définir l'organisation communautaire et expliquer pourquoi elle est un important sujet de recherche;
2. Identifier les problèmes et les questions de l'organisation communautaire clés qui peuvent être résolus par la recherche opérationnelle;
3. Décrire une approche générale de la recherche opérationnelle qui peut être utilisée pour étudier de tels problèmes; et
4. Décrire quelques projets récents de recherche opérationnelle en matière d'organisation communautaire pour les soins de santé primaires afin d'illustrer l'application de la recherche opérationnelle à ce sujet.

NOTES

1. "Déclaration d'Alma-Ata," Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978, parrainé conjointement par l'OMS et l'UNICEF (Genève: OMS, 1978), p.3-4.
2. Primary Health Care: Progress and Problems, An Analysis of 52 AID-assisted Projects (Washington, APHA, 1982).
3. OMS et UNICEF, Alma-Ata 1978, cp. cit., p.71-72.

CHAPITRE 1

L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE: UNE PRIORITE DE LA RECHERCHE POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

CHAPITRE I. L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE: UNE PRIORITE DE LA RECHERCHE POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

QU'EST-CE QUE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE?

L'organisation communautaire pour les soins de santé primaires (SSP) peut être définie comme les processus et les structures organisant la participation des membres aux activités de promotion de la santé. Lorsqu'elle est envisagée comme un processus, l'organisation communautaire devient l'ensemble des démarches entreprises par les membres d'une communauté, que ce soit de leur propre chef ou à l'initiative des autres, afin de se rassembler pour participer aux activités de promotion de la santé. Lorsqu'elle est considérée comme une structure, l'organisation communautaire fait allusion à un groupe particulier de membres de la communauté (par exemple des parents ou le conseil des anciens) oeuvrant ensemble pour atteindre des objectifs communs ayant trait à la santé.

Le terme de "communauté" lui-même évoque une communauté géographique, un groupe de personnes vivant dans la même zone géographique, comme un village rural ou un quartier urbain. Il peut aussi s'agir d'une communauté fonctionnelle, comme un groupe religieux, ethnique ou professionnel dont les membres sont en contact, mais qui ne vivent pas dans la même région géographique. Dans tous les cas, les membres de la communauté sont des personnes qui partagent une identité commune qui les distingue des membres des autres communautés.

Les termes d'organisation communautaire et de participation communautaire sont utilisés indifféremment. Par exemple, la participation communautaire a été le terme utilisé dans le compte rendu sur la conférence d'Alma-Ata et a été défini comme

le processus par lequel les individus et les familles assument la responsabilité de leur santé et de leur bien-être et de ceux de la communauté et créent les moyens de contribuer à leur développement et à celui de la communauté.(1)

Cette définition ressemble beaucoup à celle donnée dans ce document à l'organisation communautaire en tant que processus. Dans ce document, nous tenterons de faire la distinction entre l'organisation communautaire et la participation communautaire et nous définirons la participation communautaire comme étant la contribution ou l'engagement des membres de la communauté à des activités spécifiques de soins de santé primaires. Ces activités peuvent englober la participation:

1. à la prise de décisions au cours de la planification ou de la mise en oeuvre du projet;
2. à la mise en oeuvre de services qui sont au coeur du projet;
3. autant que possible à la recherche et à l'évaluation; et

4. aux avantages des prestations des soins de santé primaires (par exemple, se faire vacciner).

Les inquiétudes concernant l'organisation communautaire ne sont pas nées avec l'intérêt porté aux SSP dans les années soixante-dix. De fait, les racines du mouvement de développement communautaire remontent aux années 1920.(2) Après la Deuxième Guerre mondiale, le développement communautaire a fait l'objet d'une attention accrue et, en 1948, la réussite d'un projet pilote dans la circonscription d'Etawah en Inde a déclenché une série d'événements qui ont fait connaître le mouvement. En Afrique francophone, le mouvement était connu sous le nom d'animation rurale.

L'importante bibliographie de l'organisation communautaire dans le contexte du développement général contient des leçons et des bases précieuses pour les personnes travaillant dans le domaine des soins de santé primaires. Les travaux, maintenant bien connus, de Murray Ross, brossent un tableau de la théorie et de la pratique de l'organisation communautaire, tout comme les travaux rédigés par Lee Cary.(3) George Foster aborde les leçons tirées de l'expérience du développement communautaire pour l'organisation communautaire en matière de soins de santé primaires.(4)

La bibliographie de la participation et de l'engagement communautaires aux soins de santé primaires est plus vaste que celle concernant uniquement l'organisation communautaire. Il convient de consulter aussi cette bibliographie, en réalisant que les termes de "participation" et "d'engagement" sont plus généraux et recouvrent davantage que le mot "organisation".(5)

Au cours de cette expérience d'ordre général, on a constaté l'évolution de plusieurs solutions et de méthodes -- même contradictoires -- d'aborder et de définir l'organisation communautaire. Il est important que les chercheurs et les planificateurs gardent les trois approches suivantes à l'esprit.

1. Organisation communautaire en tant que structure communautaire existante

Au sens le plus large, l'organisation communautaire recouvre la structure sociale, économique et politique et les systèmes qui existent au sein d'une communauté donnée. Dans le contexte des soins de santé primaires, cela englobe les façons dont les membres d'une communauté effectuent les tâches qui influencent leur santé -- par exemple les méthodes traditionnelles de ramassage et de traitement des herbes médicinales locales ou d'assistance à une femme en couches.

2. Organisation communautaire en tant que processus déclenché de l'extérieur: "agent externe" ou approche du "sommet à la base"

Dans le cadre des projets et des programmes financés par des organismes extérieurs à la communauté locale, l'organisation communautaire fait allusion à l'organisation même des membres de la communauté sous la direction des "organiseurs communautaires" ou du personnel de projet

extérieur à la communauté dans le but d'atteindre les objectifs de leur projet particulier. Ce sont l'approche et la définition habituellement utilisées par les ministères de la santé, les organismes internationaux et de nombreuses organisations bénévoles privées.

Le plus souvent, le personnel du projet se rend dans chaque communauté dans laquelle un projet est mis en oeuvre afin d'y présenter le projet aux chefs de la communauté. Une fois que les membres de la communauté ont exprimé suffisamment d'intérêt, les planificateurs identifient le groupe qui accepte d'assumer les tâches et les responsabilités quant à la mise en oeuvre du projet dans cette communauté. Dans certaines communautés, ce groupe devient alors le comité sanitaire du village.

Les planificateurs du projet pourront préciser que le processus organisationnel doit s'exercer du "sommet à la base"; quant à l'initiative, la gestion globale et les critères pour juger des progrès et de la réussite, ils doivent toujours provenir de l'extérieur de la communauté. Quels que soient les avantages non sanitaires revenant à la communauté par le biais des activités organisationnelles, ils sont généralement considérés par le personnel du projet comme moins importants que la réalisation des objectifs précis du projet. (6)

3. Organisation communautaire en tant que processus déclenché de l'intérieur: "ressource interne" ou approche "de la base au sommet"

Cette approche se base sur l'idée que c'est aux communautés qu'il incombe d'identifier leurs propres désirs et besoins et de coopérer pour les satisfaire. Les projets ne sont pas définis à l'avance par les organismes extérieurs, mais sont élaborés à mesure que se déroule une discussion qui a été encouragée et qui se concentre sur les véritables inquiétudes des membres. Si des personnes extérieures à la communauté participent à ce processus, elles n'ont qu'un rôle d'animateur ou de "professeur-élève".

Lorsque la communauté définit ses désirs et ses besoins et tente de trouver des solutions, elle pourra rechercher l'aide des gouvernements nationaux ou des organisations internationales. Mais cette approche insiste sur le fait que c'est à la communauté de résoudre ses problèmes. La direction est établie au niveau interne plutôt qu'au niveau externe. L'élaboration et la mise en oeuvre d'un projet spécifique sont moins importantes que le développement des moyens de la communauté lui permettant de mettre le projet en oeuvre. L'évolution technique suit le mouvement social et la prise de conscience¹, et non l'inverse. (7)

¹ La philosophie et la méthodologie de la prise de conscience (sensibilisation ou éducation pour la "connaissance critique") sont tirées des travaux de l'éducateur brésilien Paolo Freire. (7) Cette approche, lorsqu'elle s'applique aux soins de santé, suppose que les soins sanitaires et médicaux sont perçus au sein de la structure totale de la société. Les défenseurs de cette approche font remarquer que la "réforme" sanitaire ne saurait avoir lieu que dans le contexte d'une transformation sociale plus large. (8) Cette approche est sans doute mieux connue et illustrée dans le

Avec une approche déclenchée de l'intérieur, l'organisation communautaire pour les soins de santé primaires fait allusion au processus par lequel les membres de la communauté s'organisent pour améliorer leur santé et la qualité des soins qu'ils reçoivent, ce qui s'inscrit dans un effort plus vaste visant à accroître leur pouvoir et à atteindre une plus grande égalité sociale et économique au sein d'un système social plus large. Les communautés qui ont lancé leurs propres projets de développement et certaines organisations bénévoles privées ont endossé cette approche et cette définition qui consistent, à leurs yeux, à permettre aux communautés de s'auto-assister.

Du fait que l'assistance apportée aux planificateurs et aux directeurs de projet pour qu'ils améliorent la rentabilité de leurs efforts est une des priorités du PRICOR, il est probable que ceux qui se consacrent à l'organisation communautaire déclenchée de l'extérieur produiront d'autres applications de la recherche. Toutefois, la méthodologie décrite dans ce document peut également s'appliquer aux efforts déclenchés de l'intérieur et le PRICOR s'intéresse aussi à la promotion de l'utilisation des recherches opérationnelles dans ce type de projet.

POURQUOI L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE EST-ELLE IMPORTANTE POUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Du fait que les soins de santé primaires exigent que les membres de la communauté modifient profondément leur comportement, la participation de la communauté aux décisions du projet des soins de santé primaires et aux autres activités est essentielle pour permettre à un projet d'atteindre ses objectifs. Un projet ne verra l'introduction de ses mesures sanitaires couronnée de succès que dans la mesure où elles offrent quelque chose d'acceptable et de raisonnable au niveau culturel. Les évaluations des projets SSP mis en œuvre au cours de la dernière décennie ont maintes fois révélé que, dans nombre de pays, la population rurale à qui les services et les cliniques installés par ces projets étaient destinés leur préféreraient communément les guérisseurs (personnel de santé non qualifié), les médecins du secteur privé et même les hôpitaux situés dans des villes éloignées.

Les taux d'utilisation et la rentabilité globale des projets SSP ne pourront être améliorés que si les interventions de projet sont adaptées plus soigneusement aux croyances prédominantes, au comportement et à la demande exprimée par les communautés locales. Dans les projets lancés et financés en grande partie par les organismes extérieurs à la communauté locale, la participation des membres de la communauté aux décisions concernant le projet et à sa mise en œuvre est un des principaux moyens de façonner le projet à l'usage de ses bénéficiaires. Afin d'analyser et d'illustrer ces études de cas, il pourra être utile de consulter l'étude du comité mixte de l'UNICEF et de l'OMS sur la politique sanitaire intitulée "Participation de la communauté aux soins de santé primaires". (10)

L'organisation communautaire est essentielle aux soins de santé primaires car elle assure la participation maximale de la communauté. L'importance de l'organisation communautaire pour les soins de santé primaires tient également à des raisons techniques. Nombre d'interventions techniques qui font partie des soins de santé primaires doivent être menées au niveau de la communauté et ne requièrent même pas la participation directe des médecins modernes. Les objectifs des soins de santé primaires ne se limitent pas à une amélioration de l'acceptation culturelle et de l'utilisation des services médicaux. Ils englobent l'amélioration de la qualité de l'eau et de l'hygiène locales, de l'accroissement des ressources en médicaments de base et en solutions de réhydratation par voie orale, de la production, de la préparation et de la consommation de produits alimentaires -- objectifs qui sont tributaires de la participation communautaire.

L'organisation communautaire est également importante pour d'autres éléments clés des soins de santé primaires. Une organisation communautaire participant activement à la sélection et au soutien des agents de santé communautaires contribue largement à l'efficacité de ces employés. Cette remarque se retrouve fréquemment dans toute la bibliographie des soins de santé primaires. Pour des références particulières et une analyse plus approfondie, voir la monographie du PRICOR: Problèmes de recherche opérationnelle: les agents de santé communautaires.(11)

Une organisation communautaire efficace peut jouer un rôle important pour garantir les contributions financières communautaires aux services de santé sélectionnés. La monographie du PRICOR, Problèmes de recherche opérationnelle: le financement communautaire, analyse ce problème plus en détail.(12) L'expérience prouve également que les individus sont beaucoup plus disposés à payer des soins curatifs que des soins préventifs. Par conséquent, une organisation communautaire efficace est particulièrement importante pour les activités de prévention.

Enfin, l'organisation communautaire est essentielle à la participation communautaire pour atteindre les objectifs d'autosuffisance et de prise de conscience sociale. Ainsi qu'il a été mentionné dans la "Déclaration d'Alma-Ata":

La participation communautaire est le processus par lequel les individus et les familles... prennent conscience de leur propre situation et sont motivés pour résoudre leur problèmes communs. Cela leur permet de devenir les acteurs de leur propre développement au lieu de bénéficiaires passifs de l'aide au développement. Ils doivent donc réaliser qu'ils ne sont pas obligés d'accepter des solutions classiques qui ne leur sont pas adaptées, mais qu'ils peuvent improviser et innover pour trouver des solutions qui leur conviennent. Ils doivent acquérir les moyens d'évaluer une situation, de peser les diverses possibilités et d'estimer quelle peut être leur contribution. Alors que la communauté doit faire preuve de son désir d'apprendre, c'est au système de santé qu'il incombe d'expliquer, de conseiller et de fournir des renseignements clairs sur les conséquences positives

et néfastes des interventions proposées ainsi que sur leurs coûts relatifs. (13)

Des raisonnements semblables en ce qui concerne la participation communautaire ont été énoncés depuis le début du mouvement des SSP. En 1971, par exemple, le comité mixte de l'UNICEF et de l'OMS sur la politique sanitaire a commandité une étude pour décrire les tentatives d'adaptation des soins de santé aux besoins et aux ressources des pays en développement qui ont été couronnées de succès. Le compte rendu final a tracé les grandes lignes de l'adoption officielle par l'OMS et l'UNICEF des soins de santé primaires en tant que stratégie principale pour résoudre les problèmes de santé des pays en développement. Le compte rendu concluait qu'une participation communautaire inadéquate à la prestation de soins de santé expliquait en grande partie pourquoi les 80 pour cent des déshérités de la population mondiale continuaient d'être en mauvaise santé. Il déclarait:

La plupart des systèmes de prestation des services de santé ont échoué à rendre les soins accessibles aux personnes qui en avaient besoin et à les leur faire accepter... Du fait que l'acceptation de nombre de mesures de santé signifie éventuellement une modification du mode de vie, c'est la communauté elle-même qui doit décider de ces mesures, aider à les mener à bien et évaluer leur succès. Il y a des avantages considérables à organiser la prestation des services de santé afin qu'ils "appartiennent" à ceux à qui ils sont destinés. Il est possible d'utiliser les ressources locales et de modifier fondamentalement la vue de la communauté sur la nature du système. L'idéal serait que cette composante de la prestation des services de santé soit placée sous le contrôle et l'administration de la communauté elle-même... (14)

En résumé, l'utilisation des organisations communautaires visant à porter la participation locale à son maximum dans le domaine des soins de santé primaires présente des possibilités d'améliorer l'efficacité du projet tant au cours de la mise en oeuvre que lors de son impact final. Bien que jusqu'à présent peu de projets de santé primaires aient donné naissance à des organisations communautaires véritablement efficaces, ces organisations offrent les avantages suivants.

1. Amélioration de la planification et de l'élaboration du projet

Les organisations communautaires peuvent contribuer à matérialiser les objectifs généraux du projet et, le cas échéant, à modifier l'élaboration initiale du projet. Ainsi, les services et les activités SSP seront acceptables au niveau culturel et ne dépasseront pas les ressources de la communauté.

2. Amélioration de la mise en oeuvre du projet

Les organisations communautaires peuvent rehausser la mise en oeuvre du projet parce qu'elles facilitent:

Le soutien de la structure de pouvoir locale. Une participation efficace des chefs de la communauté incitent ces derniers à étayer activement le projet au lieu de le payer de paroles ou même de le saper.

Une évaluation plus précise des besoins. Au cours de la planification, les informations apportées par les membres de la communauté peuvent aider le personnel du projet à saisir dans quelle mesure celui-ci répond aux besoins de la communauté et à faire les ajustements qui s'imposent.

Une moindre dépendance des ressources extérieures limitées. Cela peut se produire si les membres de la communauté estiment que les avantages offerts par le projet justifient la contribution de leurs faibles ressources en temps, en main-d'oeuvre, en biens et en argent.

Une meilleure utilisation des connaissances et des ressources autochtones particulières à la communauté. Cela englobe l'incorporation des ressources communautaires (par exemple, les guérisseurs) et les connaissances (par exemple, le moment et l'endroit idéaux pour la prestation des services), dont beaucoup pourront être inconnues des personnes n'appartenant pas à la communauté.

Une meilleure utilisation du système des soins de santé autochtones. Une meilleure communication entre les agents de santé autochtones (traditionnels) et modernes permet au projet de tirer parti des avantages du système autochtone et de ses praticiens.

L'affectation de membres de la communauté soigneusement choisis aux postes d'agents de santé communautaires. Les membres de la communauté peuvent prêter leur concours pour identifier ceux qui sont le plus aptes à jouer le rôle d'agents de santé communautaires.

Amélioration de la performance des agents de santé communautaires. Cela inclut un soutien approprié et la supervision d'agents rémunérés et bénévoles.

Extension du champ d'application des services. Les agents de santé sélectionnés dans la communauté, et éventuellement rémunérés par celle-ci, pourront étendre les services du projet à un nombre accru de membres de la communauté et cela plus rapidement que ne pourraient le faire des agents extérieurs à la communauté.

Accroissement de l'utilisation des services. Les informations fournies par la communauté pour définir les besoins et établir les priorités contribuent à assurer que les services offerts correspondent aux préférences et aux contraintes locales, ce qui est essentiel à la mise en valeur des services du projet.

La participation active des membres de la communauté aux activités de santé préventive. Cela comprend les activités de groupe (par exemple, les activités d'hygiène dans les villages) ainsi que la modification du comportement des individus et des ménages (par exemple, de nouvelles habitudes alimentaires).

3. L'intégration des soins de santé primaires aux autres préoccupations de la communauté

La participation de la communauté est essentielle pour garantir 1) le soutien à long terme des soins de santé primaires ou 2) le renforcement mutuel entre les soins de santé primaires et les autres activités de développement de la communauté. Si la communauté apporte son soutien aux objectifs de santé primaire, les réalisations d'un projet se poursuivront même après l'achèvement du projet lui-même. Les qualifications de la communauté et son assurance à entreprendre de nouvelles activités susceptibles de promouvoir le développement socioéconomique contribuent à leur tour à l'amélioration de la santé.

IMPORTANCE DE LA RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Il existe des preuves théoriques et empiriques que des organisations communautaires efficaces offrent des possibilités importantes pour relever le niveau de participation de la communauté, ce qui est essentiel pour étendre les soins de santé primaires dans les pays en développement. Nombre de ministères de la santé et d'organisations de développement international ont remanié les textes de leurs politiques pour y ajouter que les projets de soins de santé primaires "exigeront la participation communautaire". Dans tout le monde industrialisé, nombre de projets de plusieurs millions de dollars se caractérisent désormais par l'utilisation des organisations communautaires dans le domaine des soins de santé primaires.

Toutefois, on ne dispose pour le moment d'aucune réponse fiable et précise sur la façon dont ces organismes doivent fonctionner. L'expérience tend à prouver que les planificateurs de la santé manquent encore de connaissances opérationnelles nécessaires à l'élaboration de projets qui peuvent vaincre les contraintes existantes et inciter avec succès les membres de la communauté à participer de façon permanente aux activités organisées visant à améliorer la santé.

De fait, il existe peu de projets de soins de santé primaires dans le cadre desquels les efforts d'organisation communautaire, ou même la participation de la communauté en général, ont été systématiquement suivis ou évalués. Cependant, une bibliographie considérable s'est accumulée sur l'organisation communautaire en matière de développement en général et commence à se constituer sur l'organisation communautaire relative aux soins de santé primaires en particulier.

Il est clair, d'après ces documents, que la participation communautaire est beaucoup plus difficile à la fois à organiser et à maintenir que ne l'avaient prévu de nombreux spécialistes de la santé.² Bien que de nombreux organismes nationaux et internationaux aient exprimé leur désir de

² Les études de cas de SSP qui étayent cette conclusion comprennent des rapports rédigés par l'APHA, l'UNICEF et d'autres.(15) Il est possible de tirer de nombreuses conclusions similaires des études de cas de projets dans d'autres secteurs du développement.(16)

contribuer à l'assistance aux catégories pauvres de la population urbaine et rurale, ils n'ont fait que peu de progrès dans la matérialisation de projets ambitieux en actions efficaces. (17)

Les planificateurs de projet ont trop souvent présumé du consentement des membres de la communauté à modifier leur comportement et à accepter des travaux supplémentaires au nom de l'amélioration de la santé. Pour de nombreux villageois et catégories pauvres de la population urbaine, les conditions favorisant la maladie sont normales et sont une réalité de la vie quotidienne et ne doivent pas nécessairement disparaître. De nombreux déshérités, cependant, n'ont que peu de temps libre à consacrer aux activités de santé communautaires, même s'ils les considèrent importantes. En conséquence, le personnel de projet a éprouvé des difficultés considérables à motiver les membres de la communauté à participer aux activités d'organisation telles qu'elles sont présentées dans les plans de projet. La plupart des problèmes opérationnels qui se posent dans l'organisation communautaire ont trait à ce manque de compréhension réaliste de ce qui est faisable étant donné les valeurs et les schémas organisationnels des communautés "cibles".

Les efforts d'organisation communautaire sont également entravés car de nombreux planificateurs n'ont pas suffisamment de temps ou ne sont pas assez motivés pour étudier les leçons du passé. Trop souvent, les activités organisationnelles sont planifiées et lancées avant même que l'on ait tiré les leçons des expériences passées en matière d'organisation communautaire -- c'est-à-dire en s'inspirant des réussites et en évitant de répéter les erreurs des projets précédents.

Ainsi, malgré le nombre important de projets de soins de santé primaires qui ont tenté de mener des activités d'organisation communautaire, peu d'entre eux ont réussi ou ont su prolonger leur succès. En outre, la majorité de ces réussites ont été des projets de petite échelle (par exemple, une communauté unique et des projets pilotes), plutôt que d'importants programmes nationaux ou d'autre origine qui, actuellement, absorbent la plupart des fonds consacrés aux soins de santé primaires.

En général, les ressources ont été plus facilement disponibles au niveau de la communauté pour les petits projets, notamment l'expérience technique, les médicaments et autres fournitures et le financement global; leur personnel a su faire preuve d'une certaine souplesse dans l'adaptation des plans de projet aux circonstances réelles changeantes; sans doute ont-ils été dirigés par des chefs dévoués et charismatiques. Par ailleurs, les programmes importants nationaux ou d'une autre origine ont été cruellement entravés par les normes bureaucratiques et les problèmes de financement; la communication efficace avec les villageois des campagnes et les catégories pauvres de la population urbaine, tâche qui prend beaucoup de temps, en est d'autant moins prioritaire. (18)

L'expérience a également prouvé que l'organisation communautaire est plus difficile à réaliser que la participation de la communauté. De nombreux projets ont essayé de faire participer la communauté à un niveau général (par exemple, la participation des mères au pesage de leur bébé ou à

l'apprentissage de la technique de réhydratation par voie orale) plutôt que de réaliser l'organisation communautaire dans un sens plus explicite. On a également mieux réussi à provoquer cette participation qu'à identifier ou à créer une organisation qui accepte d'assumer la responsabilité permanente des activités d'amélioration de la santé.

Des recherches soigneuses et systématiques sur l'organisation communautaire sont donc importantes pour combler ce fossé entre les réalités actuelles et le potentiel important pour les soins de santé primaires. Il est particulièrement important de combler le fossé entre les bureaucraties responsables des programmes de soins de santé primaires et les déshérités qui tentent d'améliorer leur santé.(19) Les recherches opérationnelles peuvent grandement contribuer à l'identification de stratégies en se concentrant sur l'analyse systématique des problèmes, l'élaboration et la mise au banc d'essai de solutions.

Du fait des variations culturelles, économiques et politiques démesurées qui existent d'une communauté à l'autre -- parfois dans la même région d'un pays -- il n'existera pas de méthode idéale unique pour organiser la participation communautaire. Les types d'organisation sociale autochtones varient largement d'une culture à l'autre, tout comme les croyances et le comportement ayant trait aux causes et aux traitements des maladies. Cela signifie qu'une stratégie visant à organiser la participation aux activités des soins de santé qui a réussi dans une communauté ne réussira pas nécessairement aussi bien dans une autre.

Il est donc nécessaire: premièrement, de documenter soigneusement, puis d'utiliser et de tester ces principes généraux qui ont fait leurs preuves; deuxièmement, d'effectuer des recherches au niveau local dans les diverses régions des pays en développement afin de déterminer quelles sont les stratégies spécifiques qui sont le plus à même de réussir dans cette zone particulière; et troisièmement, de mener à bien des recherches destinées à aider les programmes de soins de santé primaires importants, à l'échelle nationale ainsi qu'à une échelle plus importante, à tirer les leçons des réussites des projets de petite échelle et à élaborer des stratégies qui peuvent être mises en oeuvre de manière efficace.

La recherche opérationnelle n'est pas destinée à remplacer les recherches d'anthropologie, sur le comportement ou des autres sciences sociales. Bien au contraire, les recherches dans ces autres disciplines sont souvent essentielles pour fournir des données et des informations qui sont nécessaires à la compréhension des problèmes de l'organisation communautaire et à l'élaboration de solutions adéquates. Toutefois, du fait que la mise en oeuvre d'une organisation communautaire SSP est une tâche de gestion gigantesque qui pose de nombreux problèmes opérationnels, la recherche opérationnelle est une méthodologie que l'on peut utiliser pour mettre au point les solutions les mieux adaptées à ces problèmes.

Le chapitre suivant décrit les problèmes ayant trait à l'organisation communautaire dans le domaine des soins de santé primaires dont on peut venir à bout grâce à la recherche opérationnelle. Le chapitre II présente

une approche générale pour mener à bien la recherche opérationnelle sur ces problèmes.

NOTES

1. "Declaration of Alma-Ata, "Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, URSS, 6-12 septembre 1978, parrainé conjointement par l'OMS et l'UNICEF (Genève, OMS, 1978), p.50.
2. Lane C. Holdcroft, The Rise and Fall of Community Development in Developing Countries, 1950-1965: A Critical Analysis and Annotated Bibliography (East Lansing, MI: Michigan State University, Département d'économie agricole, Document sur le développement rural n°2, 1978); David C. Korten, "Community Organization and Rural Development: A Learning Process Approach," Public Administration Review (septembre-octobre 1980), p. 481-482.
3. Murray Ross, Community Organization: Theory and Principles (New York, Harper and Row, 1955); Lee James Cary, ed., Community Development as a Process (Columbus, MO: University of Missouri Press, 1970.)
4. George Foster, "Community Development and Primary Health Care: Their Conceptual Similarities," Medical Anthropology, Vol. 6, N°3 (1982), p. 183-195.
5. UNICEF, "Community Participation: Current Issues and Lessons Learned," Assignment Children, N°59-60 (1982); Comité mixte UNICEF-OMS sur la politique sanitaire, Community Involvement in Primary Health Care: A Study of the Process of Community Motivation and Continued Participation (Genève, Compte rendu de l'OMS JC21/UNICEF-WHO/77.2, 1977); Nations Unies, Popular Participation in Development: Emerging Trends in Community Development (New York: Département d'économie et d'affaires sociales des Nations Unies, 1971); Norman T. Uphoff, John M. Cohen et Arthur A. Goldsmith, Feasibility and Application of Rural Development Participation: A State-of-the-Art Paper (Ithaca, NY: Cornell University, Rural Development Committee Monograph Series N°3, 1979).
6. Ross, op.cit., p. 6-16.
7. Paolo Freire, Pedagogy of the Opressed (New York: Seabury Press, 1968); Education for Critical Consciousness (New York: Seabury Press, 1973).
8. Meredith Minkler et Kathleen Cox, "Creating Critical Consciousness in Health: Applications of Freire's Philosophy and Methods to the Health Care Setting," International Journal of Health services, Vol.10, N°2 (1980), p.311-322.
9. David Werner, "The Village Health Care Programme: Community-Supportive or Community-Oppressive?" Contact, N°57 (Août 1980); Donde No Hay Doctor (Where There Is No Doctor) (Palo Alto, CA: Hesperian Foundation,

- 1977). Egalement, Helping Health Workers Learn (Palo Alto, CA: Hesperian Foundation, 1982).
10. Comité mixte de l'UNICEF et de l'OMS sur la politique de la santé, 1977, op. cit.
 11. Morris Schaefer et Jack Reynolds, Operations Research Issues: Community Health Workers (Chevy Chase, MD: PRICOR, 1985).
 12. Sharon Russell et Jack Reynolds, Operations Research Issues: Community Financing (Chevy Chase, MD: PRICOR, 1985).
 13. OMS et UNICEF, op. cit., p. 50.
 14. V. Djukanovic et E.P. Mach, Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries (Genève: OMS, 1975).
 15. Voir par exemple, APHA, 1982, op. cit.: Community Participation in Primary Health Care (Washington: APHA, Primary Health Care Issues Series 1, n°5, 1983); Sr. Leonor Barrion, "Community Organization -- A Case Study from the Philippines, the Makapawa Health Program" Contact, N°56 (juin 1980); Philip H. Coombs, ed., Meeting the Basic Needs of the Rural Poor: The Integrated Community-Based Approach (New York: Pergamon Press, 1980); Djukanovic et Mach, op. cit.: Isely et Martin, "A Community Organization Approach to Clean Water and Waste Disposal in Cameroonian Villages," Progress in Water Technology, Vol.11, n°1/2 (1979), p.109-116; Isely, Martin et Lardja Sanwogou, "Community Organization as an Approach to Health Education in Rural Africa," International Journal of Health Education, Vol.22, N°3, Supp. (1979), p.1-19; Susan Rifkin, ed., Health: The Human Factor -- Readings in Health, Development and Community Participation, Contact, Spec. Ser. N°3 (juin 1980); Marilyn Tonon, "Concepts in Community Participation: A Case of Sanitary Change in Guatemalan Village," International Journal of Health Education, Vol.23, N°4, Supp. (1980); UNICEF, 1982, op. cit.; Comité mixte de l'UNICEF et de l'OMS sur la politique de la santé, 1977, op. cit.
 16. Voir par exemple, Karina Constantino-David, "Issues in Community Organization," IFDA (International Foundation for Development Alternatives) Dossier, N°23 (1981), p. 15-20; Fred M. Cox, et al., eds., Strategies of Community Organization: A Book of Readings (Itasca, IL: Peacock Publishers, 1979); Holdcroft, op. cit.; Korten, 1980, op. cit.; Nikolaus Newiger, "The Role of Rural Organizations in Promoting Participation: Review and Analysis of Past Experience," Land Reform, Land Settlement and Cooperatives, N°2 (1978), p. 58-63; Edgar Owens et Robert Shaw, Development Reconsidered: Bridging the Gap Between Government and People (Lexington, MA: Lexington Books, 1972); Nations Unies, 1971, op.cit.; Norman T. Uphoff and Milton Esman, Local Organization for Rural Development: Analysis of Asian Experience (Ithaca, NY: Cornell University, Rural Development Committee, Rural Local Government Monograph N°19, 1974); Uphoff et al., 1979, op. cit.

17. Korten, op. cit., p. 480, 504.
18. Korten, op. cit.; APHA, 1982, op. cit., p.33-34.
19. David C. Korten et Felipe B. Alfonso, eds., Bureaucracy and the Poor: Closing the Gap (Singapour, McGraw Hill International Book Co., 1981).

CHAPITRE II

PROBLEMES OPERATIONNELS AYANT TRAIT A L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

CHAPITRE II. PROBLEMES OPERATIONNELS AYANT TRAIT A L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Une analyse de l'expérience de divers pays en développement dans les programmes SSP utilisant l'organisation communautaire (OC) montre que la recherche opérationnelle peut aider à résoudre certains problèmes. Ce chapitre offre un cadre de travail permettant d'identifier les problèmes de recherche importants ayant trait à l'organisation communautaire ainsi que les variables qu'il convient d'étudier lors de la recherche de solutions.

Ce chapitre est divisé en quatre sections: 1) une présentation des neuf problèmes les plus souvent rencontrés, ou "groupes de problèmes" ayant trait à l'organisation communautaire; 2) une explication des méthodes d'approche de l'analyse des problèmes d'organisation communautaire; 3) un examen des méthodes d'identification des variables qui peuvent présenter un intérêt pour la recherche de solutions aux problèmes opérationnels de l'organisation communautaire; et 4) une liste des variables les plus courantes pour chacun de ces groupes de problèmes.

GROUPE DE PROBLEMES AYANT TRAIT A L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Comme l'a montré le chapitre précédent, les organisations nationales et internationales étudient les moyens d'encourager l'organisation communautaire et la participation de la communauté afin de garantir l'utilité et la viabilité des programmes SSP. Les pays et les localités adoptent des approches différentes pour promouvoir et développer les relations organisationnelles, réaliser les objectifs et les stratégies choisis pour la participation organisationnelle ainsi que les incitations et le soutien nécessaires pour étayer la participation des membres de la communauté et des organisations. La recherche opérationnelle peut apporter une aide importante pour prendre des décisions dans ces domaines.

L'expérience tend à prouver que ceux qui élaborent les programmes SSP en utilisant une approche d'organisation communautaire se heurtent souvent à certains, si ce n'est la totalité des neuf ensembles de questions ou "groupes de problèmes".

1. La prise de contact avec la communauté
2. La détermination des objectifs de l'organisation communautaire
3. La mise au point des stratégies et des fonctions de l'organisation communautaire
4. La mise au point de la structure de l'organisation communautaire
5. L'identification de mesures d'encouragement appropriées
6. La gestion de l'organisation communautaire
7. L'apport d'une supervision et d'un soutien adéquats
8. La mise en oeuvre des activités d'organisation communautaire
9. Le suivi et l'évaluation de la performance de l'organisation communautaire

Les cinq premières questions ont trait essentiellement à la planification des décisions; les quatre dernières aux décisions opérationnelles.

ANALYSE SYSTEMATIQUE DES PROBLEMES D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

La nature d'un problème opérationnel dans l'organisation communautaire variera quelque peu selon que le chercheur étudie un problème dans un système SSP en cours ou qu'il essaie de fournir les données nécessaires à l'élaboration d'un nouveau système SSP. Par exemple, le maintien des mesures d'encouragement pour assurer la continuité de la participation d'une organisation communautaire dans un programme SSP est un problème courant, mais le chercheur adoptera une approche différente pour l'analyse du problème des mesures d'encouragement dans un programme en cours et pour l'analyse d'un système d'incitations pour un programme en cours d'élaboration. Dans les deux cas, il convient de décrire soigneusement le problème général, de définir les problèmes opérationnels et de fixer les priorités pour la mise au point de solutions. Cette approche de l'analyse des problèmes est décrite plus en détail dans le chapitre III.

Un examen des informations pertinentes qui ont déjà été préparées est utile au début d'un important effort d'analyse du problème. Par exemple, les évaluations, les enquêtes et les comptes rendus des visites sur le terrain permettent souvent d'identifier les problèmes opérationnels. Si aucune expérience n'a été acquise dans l'utilisation des approches de l'organisation communautaire relatives aux programmes de santé du pays, le chercheur souhaitera étudier les informations des programmes d'autres secteurs, comme l'agriculture, où l'organisation communautaire a été utilisée. Les analystes devront éventuellement compléter ces renseignements avec des informations nouvelles. Quade suggère, pour analyser un problème, l'approche d'un reporter effectuant une enquête et posant des questions clés sur le problème: qui, quoi, quand, où, comment et pourquoi.

Lorsqu'il entame une étude, l'analyste doit interroger l'animateur et toutes les autres personnes associées à la situation du problème qui semblent à même d'apporter leur aide. En particulier, il recherche des réponses à des questions telles que:

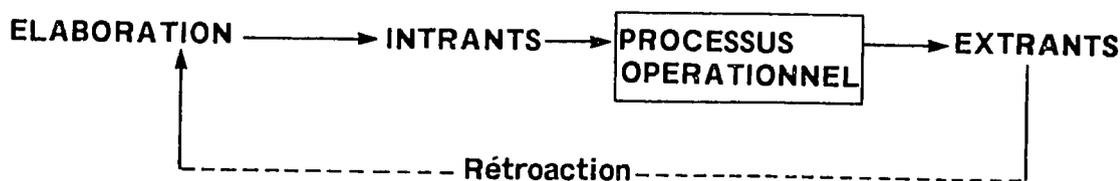
1. Comment s'est créé la situation? Pourquoi est-ce un problème?
2. Qui sont les personnes qui pensent que c'est un problème?
3. Pourquoi est-il important de trouver une solution? Si l'on effectue une analyse, qu'en fera-t-on? Qui sera capable d'agir en se basant sur les recommandations?
4. Quelle doit être la solution? Quel type de solution est acceptable?
5. Est-ce le véritable problème? Peut-il être la manifestation ou le symptôme d'un problème plus important ou plus grave? Dans ce cas, ne serait-il pas préférable de résoudre ce problème en priorité?
6. Les ressources analytiques sont toujours limitées; à ce stade, les efforts entrepris pour l'étude seront-ils suffisamment rentables?

pour être justifiés, ou ces efforts analytiques seront-ils plus utiles ailleurs?(1)

Ce type d'analyse de problème peut s'avérer suffisant. Mais une approche systématique peut être nécessaire pour effectuer la recherche opérationnelle sur l'organisation communautaire. Dans cette approche, les analystes envisagent la stratégie globale de l'organisation communautaire dans les SSP comme un système qui absorbe les intrants selon un plan ou un modèle, puis les traite pour produire des extrants. (Voir figure 2-1.) Johnson, et al., suggèrent que:

La meilleure façon d'envisager un système consiste à en décrire le processus, à analyser chaque segment et étudier les relations et les contributions de ces parties à l'ensemble. De cette façon, il est possible d'orienter l'attention et l'étude vers les segments qui ne réussissent pas à optimiser leur contribution au système dans son ensemble.(2)

FIGURE 2-1. -- UN SYSTEME SIMPLE



Les auteurs donnent cette description d'un système.

Un système sera défini comme un ensemble de composantes élaborées pour réaliser un objectif particulier selon le plan. Cette définition contient trois points importants. Premièrement, il doit y avoir un but, ou objectif, que le système est destiné à atteindre. Deuxièmement, il doit y avoir un modèle, ou une organisation établie de composantes. Enfin, les intrants concernant l'information, l'énergie et le matériel doivent être affectés selon un plan... Tous ces ingrédients sont la base même de tout système... Toutefois, le concept des systèmes prend des orientations légèrement différentes. L'information, l'énergie et les matériaux sont classés selon qu'ils sont utilisés 1) pour créer le système ou 2) faire fonctionner le système.(3)

La recherche opérationnelle s'attache à la fois aux processus d'élaboration et de fonctionnement, particulièrement à l'identification des problèmes et à l'évaluation des solutions possibles. La liste des neuf groupes de problèmes énumérés au début de ce chapitre sert de point de départ à la description d'un système pour planifier et mettre en oeuvre l'organisation communautaire en matière de soins de santé primaires. Il existe à l'évidence une relation entre ces groupes de problèmes, mais une analyse systématique exige que ces relations soient mises en lumière et définies en termes de cause à effet. Par exemple, quelle est la relation

entre les fonctions d'une organisation communautaire et les incitations à la participation? C'est là que la description d'un système s'avère utile.

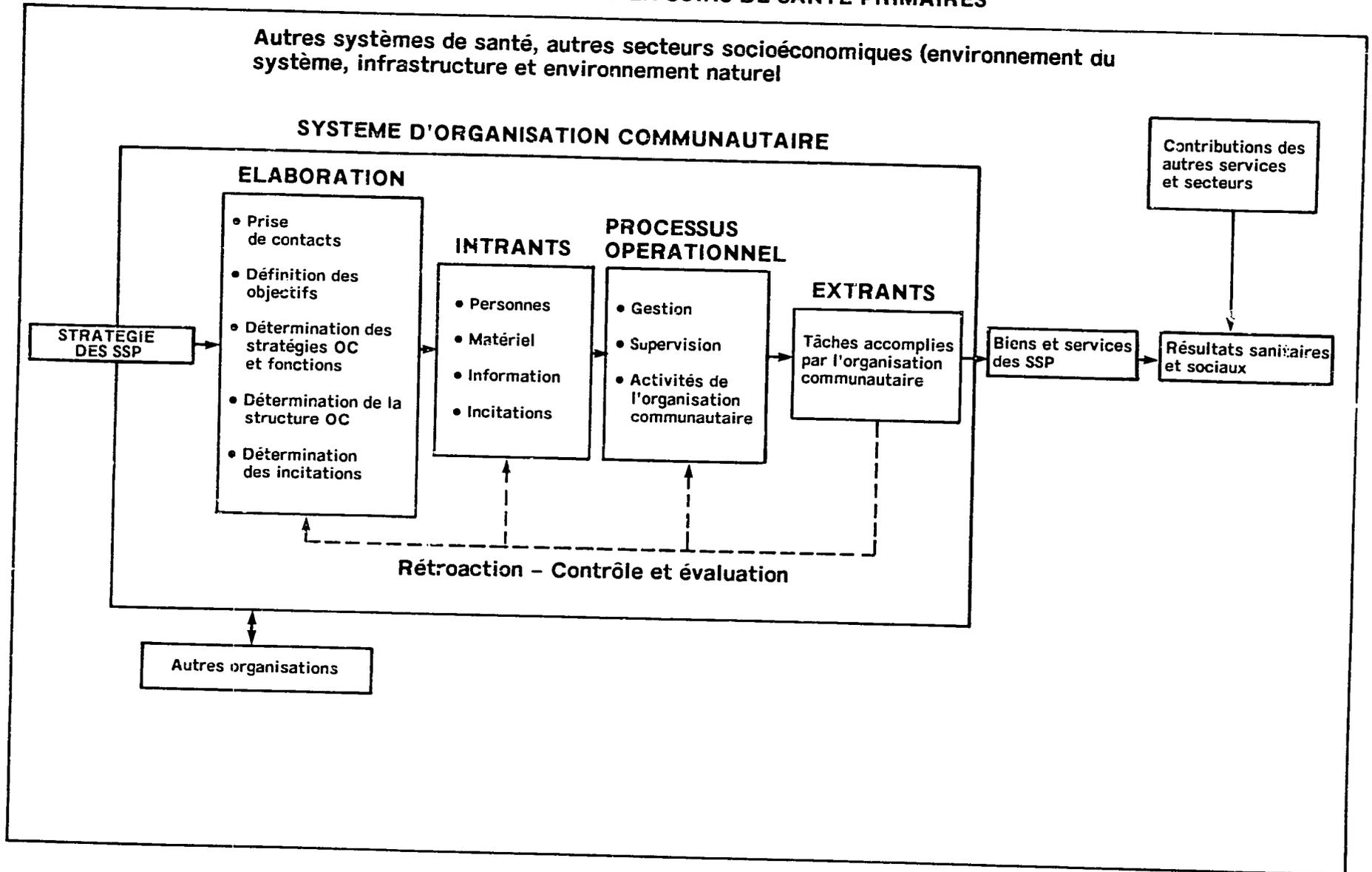
La figure 2-2 est un schéma (ou modèle) qui illustre comment un système d'organisation communautaire pour les soins de santé primaires peut fonctionner. Ce schéma montre la relation des groupes de problèmes importants avec un rectangle qui définit les "limites" du système. Les cinq groupes de problèmes qui touchent principalement aux décisions de planification figurent dans la case "élaboration", et ceux qui touchent principalement à la mise en oeuvre figurent dans la case "processus opérationnel". En pratique, les neuf groupes de problèmes devront être examinés tant durant l'étape de planification que pendant celle du fonctionnement du système.

Le rectangle le plus grand représente l'environnement dans lequel fonctionne le système d'organisation communautaire. Cet environnement se compose d'autres systèmes de santé (privé, sécurité sociale, etc.), d'autres secteurs socioéconomiques (agriculture, transports, etc.), de l'infrastructure (routes, systèmes de communication, etc.) et des forces naturelles (climat, terrain, etc.) qui affectent le système d'une façon ou d'une autre.

Le système pour la planification et la mise en oeuvre de l'organisation communautaire peut trouver sa source dans la stratégie des soins de santé primaires, souvent élaborée en dehors de la communauté; par exemple, par le ministère de la santé. Cette stratégie peut exiger l'engagement des organisations communautaires ou une participation importante de la communauté aux tâches nécessaires au bon déroulement des soins de santé primaires. Avant cela, il convient de planifier le programme (ou le système) d'organisation communautaire. Il faut par exemple prendre des décisions sur la façon dont la participation doit être organisée, sur le type d'organisations devant participer et sur la structure et la fonction de ces dernières. Ces groupes de problèmes sont étroitement liés, si bien qu'une décision prise dans une partie du système (par exemple, quelles sont les incitations à offrir pour l'accomplissement de certaines tâches) doit être envisagée en relation avec les autres parties.

Une fois le système élaboré, il est prêt à fonctionner en tirant les intrants de la communauté et des sources extérieures à la communauté. Les intrants les plus importants sont l'argent, la main-d'oeuvre et le matériel. Les extrants du système sont les tâches achevées (c'est-à-dire la sélection des agents de santé communautaires, la collecte de fonds, la motivation des membres, etc.) qui sont essentiels à l'accroissement de la disponibilité et de l'utilisation des biens et des services. A leur tour, ils amélioreront les conditions de la santé. La transformation des intrants en extrants dépend du processus opérationnel. Les problèmes concernant le fonctionnement du système comprennent la gestion de l'organisation communautaire elle-même, la supervision (au niveau interne et externe) et la mise en oeuvre d'une série d'activités qui seront menées à bien par ces personnes ou ces organisations. La rétroaction transmise aux décideurs sur le fonctionnement réel de l'organisation communautaire leur permet d'apporter au plan les modifications nécessaires.

FIGURE 2-2. -- SCHEMA D'UN SYSTEME D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE EN SOINS DE SANTE PRIMAIRES



Il est important de faire remarquer que la figure 2-2 est une description générale du système de l'organisation communautaire et de ses variables clés. En outre, le schéma s'applique soit à une situation dans laquelle on établit une organisation communautaire officielle pour promouvoir les soins de santé primaires (par exemple, le comité de santé du village, la coopérative de santé) soit à une situation dans laquelle la participation de la communauté est organisée sans la contribution ou l'utilisation d'organisations officielles. Il faut s'attendre à ce que la description du système de toute organisation communautaire SSP s'écarte de ce modèle général.

IDENTIFICATION DES VARIABLES CLES D'UN PROBLEME

Lorsque les décideurs tentent de résoudre les problèmes opérationnels, ils se trouvent généralement confrontés à un grand nombre de variables qui affectent le système. Il est possible de répartir les variables les plus pertinentes qui constituent un problème en deux catégories: celles qui sont contrôlables et celles qui sont incontrôlables. On appelle également les variables contrôlables les variables de décision, car elles sont placées sous le contrôle du décideur (par exemple, quelles sont les fonctions qui incombent à l'organisation communautaire, quelles mesures d'encouragement seront disponibles pour inciter les membres de la communauté à participer).

Il existe plusieurs types de variables incontrôlables. Les contraintes sont le type le plus important à envisager. Ces contraintes tendent à limiter les choix qui se présentent aux décideurs. Certaines contraintes sont extérieures au système d'organisation communautaire comme la météorologie qui peut restreindre un programme à une époque particulière de l'année. Certaines contraintes imposent des restrictions soit sur les intrants qui peuvent être utilisés dans le système (par exemple, le coût d'un programme ne pourra pas dépasser 10.000 dollars) soit sur les extrants du système (par exemple, un minimum de 10.000 enfants devront être vaccinés). Quelques auteurs ont utilisé le terme de "facteurs de facilitation" pour décrire les facteurs qui tendent à élargir l'éventail des choix disponibles ou qui font pencher la décision dans un certain sens (par exemple, l'existence d'une organisation bénévole prête à effectuer certaines tâches).¹

La figure 2-3 montre les variables courantes ayant trait au problème des incitations. Ainsi, lorsque l'analyste de recherche opérationnelle cherche la solution à un problème, une de ses premières tâches consiste à identifier les variables de décision et les contraintes les plus pertinentes. L'approche de la recherche opérationnelle à la résolution des problèmes est décrite plus en détail au chapitre III, mais à ce stade, un bref exemple pourra aider à expliquer les relations entre ces variables et

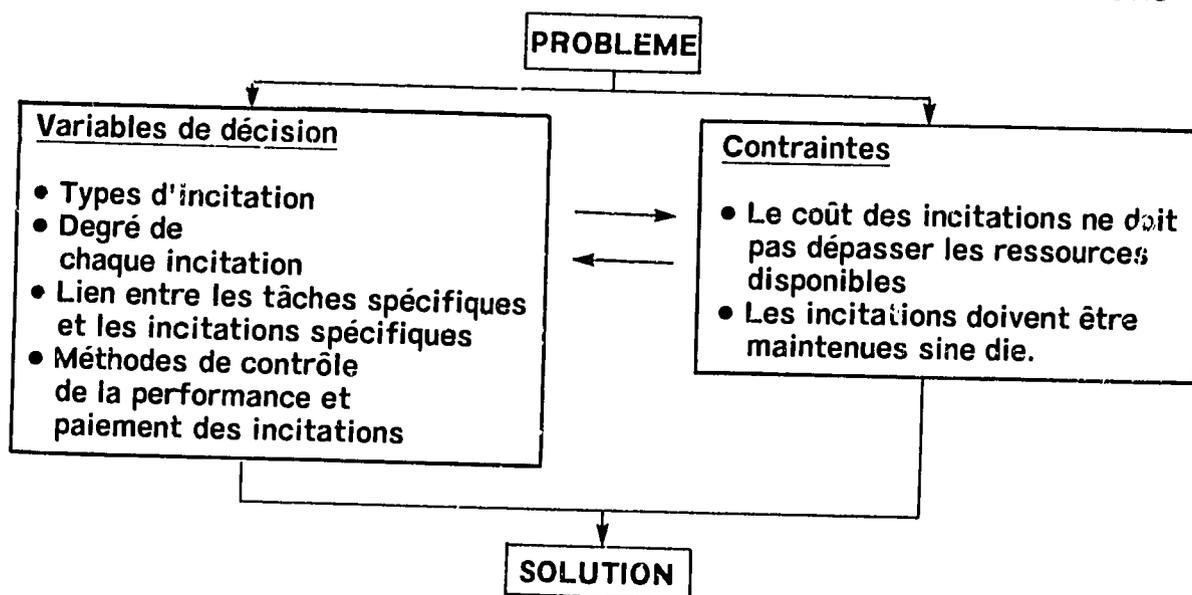
¹ Pour un examen analyse plus approfondi de la catégorisation des variables qui sont importantes pour la recherche opérationnelle, voir la monographie du PRICOR Méthodes de recherche opérationnelle: approche générale des soins de santé primaires, par Stewart Blumenfeld.

montrer pourquoi il est important de les identifier. (Voir également la figure 2-2.)

L'analyste qui recherche une solution à un problème opérationnel commence généralement par fixer un objectif, c'est à dire par décrire ce que la solution devra apporter ou la façon dont le système devra fonctionner. Si le problème opérationnel concerne les mesures d'encouragement, l'objectif pourra être énoncé de la façon suivante: déterminer l'ensemble des mesures d'encouragement destinées aux membres de l'organisation communautaire qui maximisera leur contribution à l'élargissement des services SSP.

Pour atteindre cet objectif, l'analyste doit identifier toutes les variables de décision pertinentes qui peuvent être manipulées pour effectuer les modifications désirées. Par exemple, les directeurs de programme des SSP et les organisations communautaires peuvent décider quelles sont les incitations à utiliser et dans quelle mesure. Ils peuvent décider d'adapter des incitations particulières à l'accomplissement de tâches spécifiques (par exemple, des services de santé gratuits seront fournis en échange d'une certaine durée de travail offerte pour la construction de latrines). L'analyste recherche alors la valeur de chaque variable de décision qui atteindra le mieux l'objectif fixé. Par exemple, quelle est la quantité exacte de services de santé gratuits à offrir en échange de la main-d'oeuvre bénévole nécessaire.

FIGURE 2-3. -- QUELQUES VARIABLES AYANT TRAIT AUX INCITATIONS



L'analyste doit identifier les contraintes importantes qui peuvent affecter la solution (par exemple, la période de l'année au cours de laquelle les villageois seront disponibles pour servir de main-d'oeuvre gratuite, ou les ressources financières maximum qui sont disponibles pour fournir les incitations).

Pour résumer comment ces variables sont liées les unes aux autres: lors de la sélection d'un ensemble d'incitations, un objectif pourra consister à faire la sélection d'un ensemble qui maximise la contribution de l'organisation communautaire à élargir les services SSP. Une contrainte peut être la quantité maximum de ressources financières disponibles. Dans cet exemple, la valeur d'une variable de décision sera le montant réel d'une incitation spécifique à fournir pour l'accomplissement d'une certaine tâche (par exemple, la visite gratuite d'un agent de santé communautaire pour chaque heure de travail). Une solution idéale à ce problème sera l'ensemble d'incitations qui maximise la contribution de l'organisation communautaire à l'élargissement des services SSP dans le cadre des contraintes imposées par les ressources financières.

Par conséquent, lorsqu'il effectuera une recherche opérationnelle sur un problème, l'analyste devra fixer un objectif et identifier les différentes variables de décision et les contraintes. Ce sont les éléments sur lesquels la recherche se concentrera pour identifier une solution optimale.

LISTE DES PROBLEMES OPERATIONNELS, DES VARIABLES DE DECISION ET DES CONTRAINTES

Cette section identifie les variables de décision les plus courantes pour chaque groupe de problèmes afin d'améliorer la compréhension de l'éventail des facteurs qui affectent chaque question ou chaque problème et pour aider à identifier les sujets éventuels de recherche opérationnelle ayant trait à l'organisation communautaire relatives aux soins de santé primaires. Elle examine brièvement l'importance de chaque groupe de problèmes, dresse la liste des variables de décision courantes et identifie quelques contraintes fréquentes. Enfin, elle résume ce que l'expérience passée a prouvé pour chaque groupe de problèmes.

Cette section n'examine pas en détail les opérations particulières des méthodes de recherche qui peuvent être utilisées pour résoudre les problèmes ou prendre des décisions -- bien que l'on donne certains exemples. Le but de cette section consiste plutôt à montrer comment ces groupes de problèmes sont liés au système de financement de la communauté.

Les cinq premiers groupes de problèmes examinés ont essentiellement trait aux décisions concernant l'élaboration.

1. Prise de contact avec la communauté

Cette première étape qui consiste à établir une relation avec la communauté sera critique pour l'issue du programme SSP -- échec ou réussite. D'une part, les chefs de la communauté pourront s'adresser aux directeurs du

programme SSP pour demander de l'aide pour mettre un programme en oeuvre dans leur village. D'autre part, les responsables du programmes SSP pourront s'adresser à une communauté pour rechercher de l'aide dans les organisations communautaires existantes afin d'étendre les soins de santé primaires à cette communauté.

Un certain nombre de problèmes opérationnels se poseront lors de l'établissement de cette relation. Quels sont les principaux besoins en santé de la communauté? Comment doit-on identifier les chefs locaux? Quelles méthodes doit-on utiliser pour déterminer comment les décisions sont prises dans la communauté?

Le calendrier des activités locales est également un problème important. Les planificateurs de projet doivent consacrer généreusement temps et ressources à cette phase car l'acquisition de la confiance de la communauté et la compréhension des possibilités et des problèmes locaux demandent souvent plus de temps que prévu. Trop souvent, les programmes se heurtent à des difficultés dans les dernières étapes car les planificateurs n'ont pas travaillé avec suffisamment de patience au début.

Les ressources et les qualifications à la disposition des animateurs des programmes pour ces prises de contact sont les principales contraintes affectant ces variables de décision. Dans certaines situations, le savoir-faire des chefs en place relèvera le niveau des objectifs de l'organisation communautaire. L'expérience passée de la communauté des programmes SSP, qu'elle soit positive ou négative, entrave ou facilite les futurs efforts du programme.

PRISE DE CONTACT AVEC LA COMMUNAUTE

Variables de décision courantes

- o Méthodes de prise de contact avec la communauté: Les directeurs de programme doivent décider comment ils vont prendre contact avec la communauté. Les approches peuvent se faire par exemple par l'intermédiaire de chefs politiques, de représentants d'organisations bénévoles nationales (par exemple, la Croix rouge) et d'autres chefs reconnus de la communauté (par exemple, les chefs religieux).
- o Durée et quantité des autres ressources à consacrer aux efforts de départ de l'organisation communautaire
- o Analyse du réseau social: Il convient de sélectionner des méthodes pour déterminer comment les décisions sont prises dans la communauté. Ces méthodes peuvent englober: des discussions de groupe centrées sur un sujet donné, l'interrogation d'informateurs clés, l'observation des participants et l'analyse du réseau (par exemple, les sociogrammes).
- o L'identification des chefs de file: Les méthodes destinées à identifier les chefs locaux, à la fois au niveau officiel (à savoir, politiques,

religieux) et officieux (à savoir, les chefs de mouvement d'opinion, les innovateurs) peuvent comprendre: des discussions de groupe centrées sur un sujet donné, l'interrogation d'informateurs clés, l'observation des participants et l'analyse de réseau.

- o Evaluation des besoins: Les organisateurs doivent décider comment il convient de déterminer les besoins en SSP de la communauté, ceux qui ont été sélectionnés par les spécialistes de la santé et ceux qui ont été perçus par la communauté. Les méthodes d'évaluation possibles sont les suivantes: enquêtes sanitaires, analyse des antécédents sanitaires, sondages, discussions de groupes centrées sur un sujet donné, interrogation d'informateurs clés et examen du soutien de la communauté aux programmes précédents ayant trait à la santé.
- o Garantie de l'engagement de la communauté aux SSP: Quelle est la meilleure façon d'assurer que la communauté s'engagera à participer aux activités SSP? Parmi les approches, on trouvera: la démonstration de certains services SSP facilement mis en oeuvre (par exemple, les immunisations), la participation de personnes influentes à l'adaptation du programme aux besoins perçus, des réunions d'éducation publiques parrainées par les organisations locales existantes, le recrutement de dirigeants clés qui, à leur tour, recruteront leurs partisans.

Les essais et les leçons qui en ont été tirées. Un examen de la bibliographie de l'organisation communautaire fait apparaître un consensus sur trois points importants.

1. Le travail organisationnel de préparation est essentiel. Le travail d'organisation initial (ou "mobilisation") doit faire l'objet d'efforts soigneux et le personnel doit y consacrer beaucoup de temps. L'organisation de la participation de la communauté est une activité à forte intensité de main-d'oeuvre et exige un engagement ferme de la part du personnel, notamment des spécialistes du développement communautaire outre les experts de la santé. Souvent, les organisations communautaires n'ont pas réussi à soutenir leurs efforts à cause d'une communication défectueuse au départ.

2. Souvent, on ne tire pas de leçons de l'expérience passée. Trop fréquemment, les activités organisationnelles ont été planifiées et lancées sans même que soit tentée l'étude des expériences passées en matière d'organisation communautaire. Un examen systématique de la bibliographie pertinente ainsi qu'une discussion avec les acteurs clés de projets similaires peut aider le personnel du projet à s'inspirer des réussites et à éviter les erreurs des projets précédents.

3. Il n'existe pas de méthode idéale. Du fait des variations culturelles, économiques et politiques qui existent d'une communauté à l'autre -- il n'y aura jamais de méthode "idéale" pour organiser la participation de la communauté. Les formes autochtones de l'organisation sociale varient largement d'une culture à l'autre, de même que les croyances

et le comportement liés aux causes et au traitement des maladies. Cela signifie qu'une stratégie pour organiser la participation aux activités de santé primaires qui a réussi dans une communauté ne fonctionnera pas nécessairement aussi bien dans une autre.

2. Définition des objectifs de l'organisation communautaire

Il est possible que les directeurs de programme, les groupes communautaires et leurs chefs doivent fixer les objectifs à plusieurs niveaux différents. Un de ces niveaux touche aux objectifs du programme SSP lui-même. Les efforts d'organisation communautaire seront plus fructueux si la communauté participe à la détermination des objectifs des programmes SSP. Un autre niveau a trait aux objectifs spécifiques de l'effort d'organisation communautaire. Les directeurs de programme et les chefs de la communauté doivent également se pencher sur le processus de définition de ces objectifs.

L'amélioration de la santé est l'objectif implicite des soins de santé primaires, mais les communautés peuvent avoir des objectifs de santé différents. Une communauté urbaine dont les ouvriers travaillent dans des usines de textile pourront fixer comme objectif de santé principal la prévention des maladies pulmonaires professionnelles. Une communauté rurale souffrant d'une mortalité infantile élevée due à la diarrhée pourra mettre l'accent sur la réhydratation par voie orale et l'amélioration de la qualité de l'eau et de l'hygiène.

Les objectifs économiques sont aussi importants. La formation de revenus suffisants pour faire fonctionner le système, en réduisant le coût des soins de santé pour les consommateurs tout en recouvrant une partie des dépenses ordinaires des soins de santé primaires à l'intention du Ministère de la santé sont des exemples d'objectifs économiques. Les promoteurs de programmes doivent envisager et décider qui a la responsabilité de fixer les objectifs, si ces derniers sont en conflit, quelles sont les méthodes à utiliser pour aplanir ces différences.

Les contraintes les plus importantes et/ou les facteurs de facilitation sont les ressources financières et organisationnelles disponibles (à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté), la facilité avec laquelle les problèmes de santé peuvent être résolus et la disposition des sources extérieures (par exemple, les bailleurs de fonds) à fournir les ressources pour les objectifs que la communauté ne considèrent pas comme prioritaires.

DETERMINATION DES OBJECTIFS DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Variables de décision courantes

- o Les décideurs: Quels groupes ou quelles personnes doivent sélectionner et fixer les objectifs?

- o Méthodes de détermination des objectifs: Il convient de sélectionner le processus de détermination des objectifs. Les responsables (par exemple, les directeurs de projet et les chefs de la communauté) doivent décider si le processus englobera une discussion, un consensus de groupe, une approche basée sur les électeurs, un mandat, une négociation et/ou un compromis.
 - o Objectifs organisationnels: Quels doivent être les objectifs spécifiques de l'effort d'organisation communautaire? Certains objectifs types pourront consister à recruter un certain nombre d'agents de santé communautaires, à collecter une certaine somme d'argent ou à gérer un programme SSP.
 - o Objectifs des soins de santé primaires: A quelles maladies spécifiques doit-on s'attaquer? Quels devraient être les objectifs de la promotion de la santé? Quels doivent être les groupes cibles?
 - o Objectifs économiques et financiers: Quel type et quelle quantité de ressources doivent être apportées par l'organisation communautaire à l'effort SSP?
 - o Objectifs d'équilibre: Quels sont les groupes qui doivent contribuer? Les groupes qui doivent bénéficier?
-

Les essais et les leçons qui en ont été tirées. L'expérience passée fait ressortir les points suivants:

1. L'élite est souvent le principal bénéficiaire. Les efforts organisationnels doivent tenir compte du fait que les communautés ne sont pas homogènes, égalitaires ou exemptes de conflits et que les élites locales bénéficieront probablement par privilège des avantages du projet. (Un des principaux effets, quoiqu'involontaire, des développements communautaires précédents et des mouvements de coopératives a été le renforcement de la position des élites traditionnelles plutôt que l'élargissement espéré de ces avantages aux pauvres.) Il convient d'accorder une attention toute particulière aux incidences éventuelles du projet sur les catégories déshéritées de la communauté.

2. Différences de priorités. Les priorités de la communauté et celles des organismes extérieurs (par exemple, le Ministère de la santé, les bailleurs de fonds) ne concordent pas toujours. Il convient d'être bien informé et attentif pour intégrer et synthétiser ces priorités (si nécessaire). Les deux parties peuvent se mettre d'accord pour que l'organisme extérieur apporte une contribution en ressources plus importante pour les services qui se rattachent aux objectifs qu'il privilégie et pour que la communauté alloue un pourcentage plus élevé de ses ressources aux activités qui répondent aux priorités de la communauté, ce qui peut être un compromis satisfaisant.

3. Les objectifs de la communauté peuvent changer dans le temps. Les besoins de la communauté peuvent changer dans le temps, parfois du fait de son utilisation d'un programme. Par exemple, l'amélioration des installations sanitaires pourra faire l'objet d'une plus haute priorité une fois qu'elles auront été utilisées pendant un certain temps. Il est important de suivre ces changements de près, notamment si la détermination des objectifs a fait l'objet de conflits.

3. Détermination des stratégies et des fonctions de l'organisation communautaire

Il est important de répondre à plusieurs questions lorsque l'on détermine les stratégies visant à atteindre chaque objectif d'organisation communautaire. Quel est le rôle traditionnel des diverses organisations de la communauté et quelles sont les fonctions et les activités qui leur conviendraient le mieux? La communauté voudra prendre connaissance de la relation qui est prévue entre elle-même et le projet SSP. Aura-t-elle son mot à dire en ce qui concerne les plans et les priorités du projet? Ou son rôle sera-t-il plus limité, par exemple à l'acceptation de l'emplacement et des heures de travail des dispensaires locaux?

DETERMINATION DES STRATEGIES ET DES FONCTIONS
DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Variables de décision courantes

- o Stratégies: Les décideurs (les directeurs de programme et les chefs de communauté) doivent identifier les stratégies possibles qui peuvent être utilisées pour atteindre un objectif ayant trait à l'organisation communautaire. Par exemple, si un objectif consistait à mobiliser le soutien financier de la communauté pour les SSP, serait-il préférable d'utiliser les organisations existantes pour collecter des fonds ou de créer une nouvelle coopérative de santé, ou tout simplement de faire payer des honoraires pour les services de santé fournis? Ou est-il souhaitable de combiner ces stratégies?
- o Fonctions de l'organisation communautaire: Les décideurs doivent déterminer quelles sont les fonctions attribuées à chaque organisation, notamment dans le cas où des organisations particulières participent au programme SSP. Par exemple, si un club de mères doit participer, quelles seront ses fonctions -- motiver les autres mères à venir faire soigner leurs enfants, fournir des bénévoles pour les dispensaires ou collecter des fonds?
- o Activités et tâches: Une fois que les stratégies et les fonctions idéales ont été sélectionnées, les directeurs de programme et la communauté doivent identifier la meilleure combinaison d'activités et de tâches pour chaque stratégie ou fonction. Par exemple, si les membres d'un club de mères devaient apporter leur assistance dans des dispensaires pour les enfants, aideraient-elles à la tenue des

registres, feraient-elles des exposés sur la santé, collecteraient-elles les honoraires ou pèseraient-elles les enfants?

La contrainte essentielle provient des difficultés auxquelles les organisations communautaires ou les membres de la communauté se heurtent lorsqu'elles remplissent ces fonctions malgré leur manque d'expérience ou de formation. Naturellement, l'expérience ou la formation préalables à des activités similaires, seront un facteur de facilitation important.

Les essais et les leçons qui en ont été tirées. L'expérience a fait ressortir les points suivants:

1. Il faut faire preuve de modération dans l'affectation des tâches et des responsabilités. Dans nombre de projets, les organisations communautaires ont été surchargées et se sont vu attribuer bien plus de responsabilités qu'elle n'en pouvait supporter. Souvent, le comité de santé du village mis en place par le projet est composé essentiellement des mêmes personnes qui participent à de nombreux autres comités de développement du village (par exemple, le comité de l'eau du village et le comité d'irrigation du village). Parfois, le personnel du projet a négligé ce fait ainsi que les demandes conflictuelles imposées au temps et aux ressources des membres du comité.

2. Les activités qui exigent un effort soutenu peuvent être plus difficiles à organiser. Nombre de communautés ont montré qu'elles étaient prêtes à faire don de leur temps et de leurs ressources à des activités discontinues et limitées dans le temps (construction de puits, huttes de santé, campagnes de vaccination). Il a été plus difficile d'organiser les communautés pour développer et soutenir l'effort nécessaire aux activités prolongées (soutien des agents de santé, entretien des latrines).

3. Une organisation nouvellement créée est généralement moins à même d'accomplir une grande variété de tâches qu'une organisation existant déjà. Dans les deux cas, et pour garantir son efficacité, son rôle doit avoir une signification pour les membres de la communauté. Trop souvent, le personnel du projet néglige de définir exactement le type d'intrants attendus des organisations communautaires.

4. Commencer par des activités vouées à la réussite. Il est important de commencer le projet par des activités qui ont toutes les chances de réussir. De cette façon, la communauté acquiert une certaine assurance dans son nouveau rôle.

4. Détermination de la structure de l'organisation communautaire

En se basant sur les objectifs et les fonctions souhaités, les directeurs de programme SSP et la communauté doivent déterminer ensemble la structure s'harmonisant avec la participation de la communauté. Doit-on adapter la structure aux besoins de chaque communauté, ou doit-on la

standardiser et l'uniformiser? Existe-t-il une organisation appropriée qui a des fonctions similaires?

Les politiques gouvernementales locales ou nationales peuvent imposer des limites aux types d'organisation qui peuvent être développées. Parfois, la législation stipule que ces groupes communautaires deviennent des Conseils consultatifs. Il est probable que les chefs locaux en place insistent sur le contrôle de ces nouvelles organisations. Toutefois, l'existence d'organisations qui ont l'expérience de ces fonctions requises pourra grandement faciliter le processus d'identification et de développement de l'organisation nécessaire.

DETERMINATION DE LA STRUCTURE DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Variables de décision courantes

- Forme: La participation de la communauté sera-t-elle officieuse (à savoir sans structure ou sous la forme d'une réunion de village unique) ou officielle (à savoir, une coopérative, une société communautaire ou toute autre organisation avec des statuts)? Dans le cas d'une organisation officielle, s'agira-t-il d'une organisation existant déjà (traditionnelle ou moderne) ou devra-t-on la créer?
- Représentativité: La qualité de membre sera-t-elle basée sur la similarité de problèmes géographiques, administratifs, professionnels et sanitaires ou d'autres intérêts?
- Echelle: Quelle doit être la dimension de la région ou de la population représentées par l'organisation communautaire?
- Direction: Le processus de sélection doit être choisi. Les responsabilités des chefs doivent être spécifiées.
- Processus de prise de décision: Les décisions seront-elles prises par un comité exécutif, une assemblée de membres ou par le biais d'un autre mécanisme? Quelle sera la périodicité des réunions et les mécanismes de résolution des problèmes (par exemple, à l'unanimité, à la majorité, par décision exécutive ou par décret)?

Les essais et les leçons qui en ont été tirées. La plupart des experts de l'organisation communautaire s'accordent sur les points suivants:

1. L'utilisation des structures existantes est habituellement plus efficace que la création d'une nouvelle organisation. Dans le temps, l'organisation communautaire tend à être plus efficace et autosuffisante lorsqu'elle s'appuie sur des structures communautaires existantes, si tant est que ces dernières sont respectées et engagent la participation. Il est

possible d'atténuer les difficultés de mise en route en utilisant une structure que les membres de la communauté connaissent déjà bien.(4)

2. Les organisations à buts multiples donnent généralement de meilleurs résultats que les organisations à but unique. Les organisations communautaires à buts multiples ont tendance à être plus efficaces que les organisations spécialisées à but unique (par exemple, un comité de développement de village par opposition à un comité de santé de village). Bien qu'il y ait des exceptions, cette expérience s'applique tout particulièrement aux projets de petite échelle. C'est moins vrai pour les projets de grande échelle dans le cadre desquels des bureaucraties concurrentes ont des difficultés à coordonner une approche intersectorielle, ou, dans le cas d'organisations nationales dont l'objectif consiste à collecter des fonds pour lutter contre des maladies ou des problèmes de santé spécifiques.

5. Identification d'incitations appropriées

La continuité d'une organisation communautaire se consacrant aux soins de santé primaires dépend en dernier ressort des incitations à la participation. Les habitants de la région du projet reconnaissent-ils et apprécient-ils les avantages des soins de santé primaires? Les agents de santé communautaires ont un parti pris professionnel et oublient souvent que leurs recommandations peuvent ne pas être des priorités pour leurs clients. Les inconvénients des projets SSP sont souvent dus au fait qu'ils manquent de réalisme quant au consentement et à la capacité des bénéficiaires à modifier leur comportement. Les directeurs de programme doivent envisager avec soin dans quelle mesure les résidents doivent contribuer de leur temps et de leur main-d'oeuvre aux activités d'organisation communautaire. Si les traditions de coopération et d'auto-assistance sont limitées, ils doivent se demander si les avantages offerts aux individus sont suffisants pour obtenir des contributions volontaires. Ils doivent également se demander jusqu'à quel point les résidents doivent modifier leur comportement quotidien pour atteindre les objectifs SSP et si les avantages perçus de ces changements l'emportent sur les coûts.

Le problème des "parasites" est le second problème. Même lorsque les interventions de projet sont acceptables aux yeux des membres individuels de la communauté, ils peuvent refuser d'apporter leur soutien en tant que groupe aux interventions. Cela se produit lorsque les membres de la communauté peuvent obtenir des avantages, qu'ils participent ou non.(5)

Ce problème peut par exemple se produire dans le cadre d'un projet d'assainissement de l'eau. Si dans un village chaque famille construisait une latrine, mettant ainsi un terme à la pollution des ressources en eau du village, les avantages seraient visibles pour tous. Mais aucune famille ne construira une latrine seule -- les effets sur la qualité de l'eau sont trop peu importants. De fait, chaque famille est incitée à ne pas construire une latrine. Il est plus avantageux pour elle de conserver ses vieilles habitudes d'élimination des déchets, tandis toutes les autres construisent des latrines. Une famille de ce type est un "parasite" -- elle profite des avantages d'une eau propre sans avoir à en payer les frais. En raison de ce

phénomène, le personnel de projet SSP ne peut pas toujours attendre des habitants qu'ils participent volontairement aux activités de santé qui profitent à la communauté tout entière.

Les communautés n'ont que des ressources limitées à consacrer aux incitations, et c'est une des contraintes les plus courantes. Si la communauté perçoit que la participation aux soins de santé primaires procurera des avantages substantiels, la fourniture d'incitations adéquates en sera d'autant facilitée.

IDENTIFICATION DES INCITATIONS APPROPRIÉES

Variables de décision courantes

- o Des incitations pour qui: L'organisation des programmes SSP devra-t-elle fournir des incitations aux chefs de la communauté, aux résidents de la communauté, aux membres de l'organisation ou aux bénévoles?
- o Types d'incitation: Quelles sont les incitations appropriées pour les chefs de la communauté, les habitants ou les membres de l'organisation — de l'argent, du prestige, du pouvoir, des privilèges supplémentaires (par exemple, l'accès à la formation), l'amélioration de la santé, une productivité économique accrue, une inquiétude et une incertitude moindres en ce qui concerne les questions de la santé ou autres récompenses psychologiques? En outre, conviendra-t-il de subventionner certains membres ou habitants, ou même de les forcer à participer?
- o Niveau des incitations: Quel est le niveau des incitations nécessaires pour garantir la participation désirée?

Les essais et les leçons qui en ont été tirées. Ceux qui ont élaboré les projets SSP sont arrivés aux conclusions suivantes:

1. Il convient d'accorder davantage d'attention aux incitations à la participation. Les planificateurs de projet ont trop souvent présumé de l'empressement des membres de la communauté à modifier leur comportement et à accepter des travaux supplémentaires au nom de l'amélioration de la santé. Alors que pour les planificateurs de la santé, les travaux sanitaires sont de toute première importance, les conditions favorisant les maladies sont, pour nombre de villageois et de catégories pauvres de la population urbaine, une réalité de la vie et la norme, plutôt que des conditions qui doivent être supprimées. En général, ils se refuseront à investir leur temps et leurs ressources limités dans des organisations qui ne leur apportent pas de récompenses économiques ou du moins psychologiques.

De plus, nombre de déshérités n'ont que peu de temps libre à accorder aux activités de santé collectives, même s'ils les considèrent comme importantes. L'expérience montre que si les planificateurs de projet n'ont

pas envisagé les incitations à la participation, les personnels de projet se sont heurtés à des difficultés considérables lorsqu'ils ont tenté de motiver les membres de la communauté à participer aux activités prévues dans les plans du projet.

2. Le projet doit tenir ses promesses. Si une communauté a apporté ses contributions en ressources (par exemple, en construisant une hutte de santé) étant entendu que ses propres priorités sanitaires seront envisagées, et si elle s'aperçoit par la suite qu'elles ont été remplacées par d'autres, la communauté se désintéressera du programme ou des services de santé et les ignorera et refusera de les soutenir plus longtemps.

6. Gestion de l'organisation communautaire

Dans certaines situations, une communauté pourra de fait gérer la totalité du programme SSP. Dans d'autres cas, l'organisation communautaire ne gèrera qu'une activité ou davantage ayant trait au programme SSP. Quels que soient les objectifs, les activités de l'organisation doivent être planifiées et "contrôlées". Par contrôle, on n'entend pas nécessairement un contrôle exercé par les organismes extérieurs, mais plutôt l'établissement de politiques et de procédures nécessaires pour garantir que les résultats seront à la hauteur des espérances.

L'expérience et les qualifications des chefs organisationnels et des membres détermineront le type de gestion à adopter. Si les capacités de gestion ne sont pas disponibles et ne peuvent atteindre un niveau suffisant par le biais de la formation, il est vraisemblable que les objectifs fixés pour l'organisation seront réduits.

GESTION DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Variables de décision courantes

- o *Cadre administratif: Le type de structure de gestion doit-il être fonctionnel ou hiérarchisé?*
- o *Méthodes de planification: Quel processus doit-on adopter pour fixer les buts, les objectifs et les stratégies? Le style doit-il être autoritaire ou libéral?*
- o *Contrôles de gestion: Quels types de contrôles de gestion doit-on utiliser: politiques, procédures, budget, contrôles de gestion, système d'inventaire, réunions de personnel, plans de travail, rapports, sécurité?*

Les essais et les leçons qui en ont été tirées. Bien que peu de documents aient été rédigés sur les aspects de la gestion des organisations

communautaires dans les pays en développement, il existe un consensus sur les points suivants:

1. Il convient de renforcer l'auto-assistance de la communauté. Même si cela entraîne des retards, la structure et l'approche sélectionnées de la gestion doivent renforcer le sens des responsabilités de la communauté et ses capacités d'initiative.

2. Un dirigeant efficace doit avoir des qualités personnelles et une formation. Les qualités de meneur des chefs de la communauté, mais aussi du personnel de projet travaillant avec eux, sont essentielles à la réussite de l'organisation communautaire. On ne peut supposer que les chefs de la communauté ou le projet du personnel ont nécessairement ces qualités. Le charisme et les autres qualités personnelles inhérentes sont importantes, mais une formation appropriée peut mettre en valeur les qualités de meneur et peut être cruciale dans les programmes à grande échelle.

7. Fourniture d'une supervision et d'un soutien appropriés

Ce groupe de problèmes concerne tout particulièrement la supervision et le soutien apportés par des sources extérieures à l'organisation, par opposition à la gestion interne et au contrôle de l'organisation. Une assistance pourra être nécessaire pour le matériel et les fournitures, la formation, le recrutement et les conseils techniques. Quel type d'assistance et quelle est la meilleure façon de la fournir: il s'agit là de résoudre des problèmes opérationnels différents.

D'une part, les organisations communautaires ont besoin d'assistance à leurs projets et l'absence de suffisamment de formation, d'équipement et de conseils techniques peut causer leur perte. D'autre part, les organisations communautaires doivent devenir auto-suffisantes et une assistance trop importante risque de les rendre dépendantes de l'extérieur de manière permanente. Une des tâches les plus difficiles du personnel SSP consiste à soutenir suffisamment les organisations communautaires sans les rendre tributaires du projet.

FOURNITURE D'UNE SUPERVISION ET D'UN SOUTIEN APPROPRIES

Variables de décision courantes

- o *Type du système de supervision à employer: les directeurs de programme doivent décider s'il convient d'utiliser des examens de performance, des visites sur le terrain, des contrôles, des rapports et/ou des évaluations externes.*
- o *Personnes responsables de la supervision: Les membres de la communauté ou les responsables du gouvernement ou des organismes de santé privés doivent-ils superviser les activités et les agents SSP?*

- o Calendrier de la supervision: Quelle sera la fréquence des activités de supervision?
- o Incitations pour la supervision: Auront-ils le temps d'ajouter les activités de soutien et de supervision à leur volume de travail courant? Dans le cas contraire, quelles sont les incitations nécessaires (matérielles ou psychologiques)?
- o Matériel: Quels types et quelles quantités de soutien matériel (bâtiments, médicaments, autres fournitures) doivent être fournis par l'organisme extérieur?
- o Personnel: Quels types et quel volume de personnel (de supervision, agents de santé professionnels et autres) doivent être fournis par l'organisme extérieur?
- o Formation: Une formation sera-t-elle nécessaire? Dans l'affirmative, quel doit être son type, sa durée, où doit-elle avoir lieu et à quelle fréquence?
- o Sources de soutien: Quelle doit être la part de soutien provenant du gouvernement, de la communauté, des familles ou d'ailleurs?
- o Durée: Pendant combien de temps les ressources seront-elles nécessaires? Comment l'assistance doit-elle être introduite puis éliminée progressivement?

Les ressources provenant de sources extérieures imposeront des limites aux types de supervision et de soutien qui peuvent être mis à la disposition du processus de l'organisation communautaire.

Les essais et les leçons qui en ont été tirées. L'expérience a montré les points suivants:

1. Un soutien et une supervision continus sont essentiels. La création d'un comité de santé de village ne saurait à elle seule garantir ou maintenir la participation communautaire. Le début du projet voit généralement un bouillonnement d'activités: création des comités de santé, sélection des agents de santé communautaires et construction des postes sanitaires. Par la suite, l'activité diminue et les comités de santé retombent souvent dans l'inactivité. La supervision et le soutien continus du personnel de projet (notamment par la fourniture en formation, en équipement et en assistance technique) sont essentiels pour maintenir la participation. Parfois, une assistance trop importante entraînera une dépendance vis-à-vis des agents externes et réduira les possibilités de maintien des réalisations du projet.

2. Le soutien externe doit être adapté à l'activité. Il peut être nécessaire de spécifier le type et le niveau de soutien externe exigés pour chaque activité. Quelques types d'activité organisationnelle pourront

requérir un certain soutien externe sans lequel l'activité ne peut avoir lieu.

3. Il convient d'envisager la motivation du personnel de soutien et de supervision ainsi que ses incitations. Bien souvent, les planificateurs de projet présumant du soutien que le personnel de supervision est prêt à apporter au projet, notamment aux activités d'organisation communautaire. Nombre de personnes identifiées par les projets comme étant des superviseurs n'ont pas le temps ou ne sont pas suffisamment motivées pour offrir le soutien espéré par les planificateurs du projet, à moins que des mesures d'encouragement -- matérielles ou psychologiques -- soient prévues.

4. Le soutien au niveau central est important. L'organisation communautaire pour les soins de santé primaires exige diverses formes de soutien (par exemple, politique, financière et logistique) de la part du gouvernement central. Le système politique et administratif d'un pays est un critère essentiel de la réussite des activités organisationnelles au niveau communautaire.

5. Importance des rôles pour la structure de pouvoir locale et nationale. Les structures de pouvoir locales et nationales doivent avoir des rôles de soutien et de supervision bien définis (entre autres raisons, pour leur éviter d'être menacées ou même remplacées par les activités d'organisation communautaire). Il est également important que le personnel de projet s'adapte aux divisions partisans et au fait que les chefs de la communauté ne représentent pas nécessairement tous les membres de la communauté.

8. Mise en oeuvre des activités d'organisation communautaire

Mis à part le fait qu'il encourage le soutien du programme SSP, le but essentiel de l'effort organisationnel consiste à réussir la mise en oeuvre d'un certain nombre d'activités essentielles. Lorsqu'on envisage les stratégies et les fonctions (voir n°3, ci-dessus), il convient de décider des activités devant être menées. Cependant, un certain nombre de décisions doivent être prises au cours de leur mise en oeuvre.

MISE EN OEUVRE DES ACTIVITES D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Variables de décision courantes

- o *Personnel:* Qui doit mener l'activité?
- o *Calendrier:* Quand doit être menée l'activité et à quelle fréquence? Quotidiennement, mensuellement, périodiquement, une fois seulement?
- o *Lieu:* Où doivent être menées ces activités? Dans des réunions organisationnelles, à domicile, sur la place du marché?

- o Méthodes: Comment doivent être menées ces activités? Par exemple, s'il s'agit d'une activité pédagogique, doit-on utiliser les médias? Doit-on préparer un matériel audio-visuel?
-

Les essais et les leçons qui en ont été tirées.

1. Les détails de la mise en oeuvre sont souvent négligés. Il est courant de constater que des plans généraux de qualité ont été élaborés pour l'organisation communautaire mais aussi que l'on a négligé de se pencher sur les détails nécessaires à la réussite de la mise en oeuvre. Par conséquent, le personnel chargé de mener les activités doit s'assurer qu'il existe une planification détaillée adéquate pour le personnel, le calendrier, la préparation sur place et les méthodes.

2. Les jeux de rôles et les répétitions accroissent les chances de mise en oeuvre réussie. Les jeux de rôle, au cours desquels le personnel apprend à faire face aux situations problématiques, sont très efficaces. Les répétitions au cours desquelles le personnel a la possibilité d'améliorer sa coordination et de résoudre les problèmes éventuels avant même la mise en oeuvre sont tout aussi utiles.

9. Contrôle et évaluation de la performance de l'organisation communautaire.

Le contrôle et l'évaluation systématiques sont des composantes importantes de l'effort de l'organisation communautaire. Les projets négligent bien souvent de suivre avec attention les travaux des organisations communautaires ou, ce qui est encore plus important, d'envisager quelles sont les mesures éventuellement prises par le projet qui encourageraient l'amélioration de la performance. Il convient d'inclure dans l'élaboration du projet un système de contrôle clair et simple.

Les ressources et les qualifications des évaluateurs extérieurs ou des chefs d'organisations communautaires influenceront la qualité du processus d'évaluation. Une planification soignée tout au début du développement du projet facilitera l'installation d'un système adéquat, fiable et utile pour contrôler la réalisation des objectifs du projet et pour identifier dès le départ les points problématiques.

CONTROLE ET EVALUATION DE LA PERFORMANCE DE L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Variables de décision courantes

- o Sujets du contrôle et de l'évaluation: Les directeurs de programme doivent décider quelles sont les composantes importantes qu'il convient d'évaluer, à savoir la planification OC, les processus de gestion OC, les voies de communication, la mobilisation des ressources, la fourniture d'un soutien, la supervision, la réalisation des objectifs (utilisation des services, modification de comportement, changement de

la situation sanitaire, fonds propres, finances), degré de participation communautaire (type, niveau, étendue).

- o Calendrier de l'évaluation: Quelle doit être la fréquence du processus d'évaluation? Tous les ans, au milieu du projet ou à la fin de celui-ci?
- o Nature du contrôle: Le contrôle doit-il dépendre des rapports périodiques de la communauté ou des visites périodiques des superviseurs?
- o Évaluateurs: Qui doit effectuer l'évaluation? Les chefs de l'organisation communautaire, les membres de l'organisation communautaire, les évaluateurs extérieurs?
- o Méthodes d'évaluation: Les méthodes doivent-elles englober les rapports, les enquêtes, les discussions de groupe centrées sur un sujet donné ou les informateurs clés?

Les ressources disponibles pour effectuer l'évaluation ainsi que le niveau d'éducation et l'expérience des directeurs de programme et des groupes de la communauté seront là encore des contraintes importantes.

Les essais et les leçons qui en ont été tirées. Peu de documents ont été rédigés sur les méthodes de contrôle et d'évaluation de l'organisation communautaire. Toutefois, ceux qui sont actifs sur le terrain ont offert les suggestions suivantes:

1. L'évaluation des travaux de l'organisation communautaire doit avoir lieu au cours du plan général de départ d'évaluation du projet. Lorsque les activités d'organisation communautaire ne sont pas comprises dans le plan d'évaluation du projet dès le départ, les évaluateurs ont tendance à ignorer cet aspect du projet ou à ne lui accorder qu'une attention hâtive et superficielle.

2. Les réalisations du projet seront vraisemblablement maintenues et durables si les membres de la communauté participent aux activités de contrôle et d'évaluation. Les évaluations sont généralement menées par des évaluateurs extérieurs à la communauté et, trop souvent, les résultats ne sont transmis qu'aux organismes de financement. Lorsque les évaluations sont centrées sur l'organisation communautaire, elles recommandent la plupart du temps que l'organisation soit plus active, mais souvent cette idée n'est pas communiquée aux membres de l'organisation ou, en tout cas, pas assez clairement. Si les membres de la communauté participent aux évaluations, ou aux recherches d'évaluation, ils seront plus enclins à appliquer les recommandations qui les concernent.

3. Les données recueillies par le personnel du projet auprès de l'organisation communautaire afin d'effectuer le contrôle doivent être maintenues à un minimum. Les plans de contrôle du projet négligent souvent

l'organisation communautaire, mais parfois, s'orientent dans la direction opposée et spécifient que la communauté doit fournir un volume important d'informations. Généralement, les membres de la communauté n'auront pas le temps et ne seront pas suffisamment motivés pour fournir autant d'informations. Les demandes d'informations doivent être réduites au strict minimum indispensable.

4. Il convient d'évaluer la participation elle-même. La plupart des évaluations mesurent les activités du projet ou la réalisation des objectifs du programme. Il en existe peu qui mesurent le niveau de participation de la communauté au programme.(6)

Ce chapitre tient lieu d'introduction à l'identification des sujets de la recherche opérationnelle car il présente les principaux groupes de problèmes ou composantes ayant trait à l'organisation communautaire en matière de soins de santé primaires. Ont suivi une liste de quelques-unes des variables de décision et des contraintes qui peuvent être envisagées soit pour l'élaboration de solutions aux problèmes, soit pour la mise au point de stratégies d'organisation communautaire. Le chapitre III insiste sur la mise au point d'études de recherche opérationnelle dans l'organisation communautaire: comment fixer des priorités parmi tous les problèmes et comment élaborer et tester des solutions.

NOTES

1. E.S. Quade, Analysis for Public Decisions, 2d ed. (New York: Elsevier Publishing Co., 1982), p. 69.
2. Richard A. Johnson, Freemont E. Kast, et James F. Rosenzweig, The Theory and Management of Systems (New York: McGraw Hill, 1963), p. 90.
3. Ibid., p. 91-92.
4. R.B. Isley et C.R. Hafner, "Facilitation of Community Organization," Water Supply and Management, 6(5) (1982), p. 431-442.
5. M. Olson, The Logic of Collective Action (Cambridge: Harvard University Press, 1965), p. 53-63.
6. Carlos A. Agudelo, "Community appraisal in health activities: some concepts and appraisal criteria," Bulletin of the Pan American Health Organization, 17(4) (1983).

CHAPITRE III

ELABORATION D'UNE ETUDE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

CHAPITRE III. ELABORATION D'UNE ETUDE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE SUR L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

Le PRICOR définit la recherche opérationnelle comme un processus systématique de résolution des problèmes à utiliser dans la planification, qui comprend trois phases: analyse du problème, élaboration de solutions et test de ces solutions. Ce chapitre décrit brièvement ce processus en donnant des exemples des façons dont cette approche peut être appliquée aux problèmes opérationnels dans l'organisation communautaire. On trouvera dans l'annexe A des résumés des projets financés par le PRICOR dans le domaine de l'organisation communautaire. La monographie du PRICOR, Méthodes de recherche opérationnelle: une approche générale des soins de santé primaires, par Stewart Blumenfeld, apporte une description détaillée des méthodes de recherche opérationnelle.

La recherche opérationnelle peut faciliter les prises de décision de la direction et les rationaliser. Elle peut atténuer la dépendance des approches pragmatiques coûteuses grâce à l'utilisation de procédures systématiques pour l'adoption d'une ligne de conduite "idéale". Le personnel et les conseillers du PRICOR ont élaboré une approche pratique de recherche opérationnelle qui intègre les principales caractéristiques de la recherche opérationnelle traditionnelle tout en restant suffisamment souple pour être appliquée aux problèmes opérationnels importants identifiés dans le chapitre précédent. L'approche de recherche opérationnelle générale est résumée à la figure 3-1.

FIGURE 3-1. -- ETAPES D'UNE METHODE GENERALE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE

PHASE I: ANALYSE DU PROBLEME

1. Définir le problème.
2. Analyser le problème, le diviser en problèmes opérationnels secondaires et recueillir les données nécessaires.
3. Fixer des priorités et sélectionner les problèmes à étudier.

PHASE II: ELABORATION D'UNE SOLUTION (pour chaque problème opérationnel)

1. Définir l'objectif visant à résoudre chaque problème.
2. Identifier les variables (de décision) contrôlables et les facteurs incontrôlables (contraintes et facteurs de facilitation) de chaque problème.
3. Sélectionner et établir un modèle approprié pour résoudre chaque problème.
4. Recueillir les données nécessaires.
5. Utiliser le modèle pour élaborer la solution optimale à chaque problème.
6. Mener une analyse de sensibilité pour chaque solution.

PHASE III: EXPERIMENTATION ET EVALUATION DE LA SOLUTION

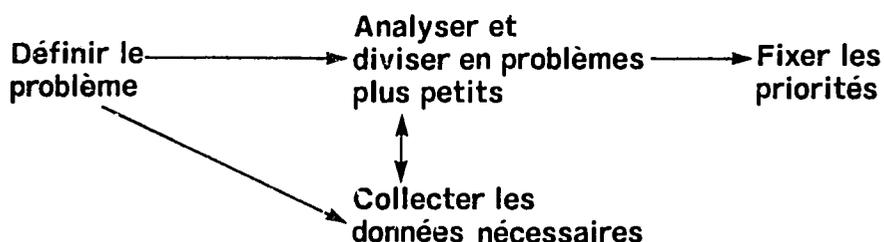
1. Concevoir l'expérimentation de la ou des solutions.
 2. Conduire l'expérimentation et recueillir les données nécessaires.
 3. Evaluer et modifier/ajuster la ou les solutions.
 4. Réunir les informations qui en résultent
-

Les étapes de ce processus sont brièvement décrites dans les sections suivantes et sont illustrées à l'aide d'exemples. La recherche opérationnelle étant un processus itératif, les étapes ne se suivent pas nécessairement et, selon la nature de l'étude, il est possible d'en répéter certaines plusieurs fois ou d'en écarter d'autres tout à fait.

PHASE I: ANALYSE DU PROBLEME

Les étapes de cette phase sont illustrées dans la figure 3-2 et décrites ci-dessous.

FIGURE 3-2. -- ETAPES DE L'ANALYSE DES PROBLEMES



Etape 1. Définir le problème

L'analyse du problème commence généralement avec l'identification d'un écart entre ce qui doit être et ce qui se produit. Par exemple, les villageois devraient soutenir leurs agents de santé, mais ils ne le font pas; les médicaments essentiels devraient être disponibles dans les zones rurales, mais ils ne le sont pas. Les informations permettant d'identifier un problème pourraient provenir d'observations, de rapports d'évaluation, de discussions avec les directeurs de programme et d'autres sources.

Exemple: Un programme de soins de santé primaires se déroulant dans un village du pays asiatique imaginaire de Tinari ne réalise pas ses objectifs. Ce programme a été conçu pour fonctionner avec une large participation de la communauté, sous la direction des comités de santé du village, dans le cadre d'activités comme la construction de dispensaires, la sélection et la rémunération d'agents de santé communautaires ainsi que la reconstitution des fonds de roulement de produits pharmaceutiques. Toutefois, la communauté s'intéresse moins au programme et les comités de santé du village se réunissent rarement. Les villageois déclarent que leurs besoins de santé prioritaires ne sont pas satisfaits, que les agents de santé communautaires

sont mal formés et qu'ils sont incapables de fournir des services compétents, que les médicaments nécessaires font généralement défaut dans les dispensaires et que le Ministère ne fournit pas le soutien adéquat.

Etape 2. Analyser le problème, le subdiviser en problèmes opérationnels plus petits et collecter les données nécessaires

L'analyse commence par une description systématique du problème afin de définir sa portée, son envergure, sa gravité, ses caractéristiques et ses causes probables. Certains problèmes sont trop importants pour être abordés dans leur ensemble, comme "Quel type de schéma d'organisation communautaire devons-nous choisir ou comment pouvons-nous améliorer la participation de la communauté?" Il convient de les diviser en problèmes plus maniables comme ceux qui figurent au chapitre II (prise de contact avec la communauté, détermination des objectifs, identification des mesures d'encouragement appropriées, etc.).

Une des méthodes d'analyse du problème consiste à décrire comment l'organisation communautaire devrait fonctionner si on l'envisage comme un système dont les parties sont liées les unes aux autres. Le système peut être en cours de fonctionnement ou d'élaboration. La figure 2-2 du chapitre II présente une description générale et graphique d'un système pour l'organisation communautaire. Le modèle montre que la contribution du système aux objectifs SSP dépend non seulement du bon fonctionnement des parties (mesures d'encouragement, gestion, supervision et soutien, etc.) mais aussi d'autres facteurs de l'environnement (ressources communautaires, soins de santé fournis par les guérisseurs, etc.). Il est possible de décrire très clairement ce système général pour l'organisation communautaire ainsi que chacune de ses composantes ou sous-systèmes qui sont analysés afin d'identifier les questions ou les problèmes opérationnels importants.

Par exemple, quels sont les domaines du programme SSP auxquels les membres de la communauté peuvent participer de façon efficace? Quelles sont les organisations existantes qui seraient les plus efficaces? Quelles tâches doivent-elles accomplir?

Les chercheurs doivent rassembler et analyser des données pour décrire avec précision les problèmes opérationnels. Du fait que la collecte de données peut être onéreuse et prendre beaucoup de temps, les analystes doivent examiner d'abord les données existantes puis dresser une liste des données qu'il reste à recueillir. Dans la mesure du possible, les chercheurs doivent essayer de rassembler des données afin d'analyser les problèmes et élaborer des solutions dans le même temps. Les données peuvent provenir d'une variété de sources, notamment les archives SSP, les comptes rendus des réunions du comité de santé du village, les notes du superviseur, les enquêtes, les interviews, les observations sur le comportement des individus à la recherche d'une bonne santé et les études de cas.

Exemple: Il a été demandé au département de la santé communautaire de l'école de médecine de Tinari d'étudier le problème de la faible participation de la communauté au programme SSP. Une équipe de recherche mixte est formée avec le département de sociologie et un plan est mis au

point pour collecter les données nécessaires à l'analyse du problème. Il est entendu que certaines de ces données seront utilisées pour élaborer des solutions. Les données peuvent également servir de base pour la comparaison des effets produits ultérieurement, une fois que les solutions auront été mises en oeuvre.

L'équipe décide de collecter des données grâce à 1) des enquêtes par sondage auprès des ménages sur leur comportement en matière de santé et sur les opinions concernant le programme des soins de santé primaires; 2) des interviews des informateurs clés (un échantillon de chefs de village, d'agents de santé communautaire et de professionnels de la santé); 3) les comptes rendus d'utilisation des services à partir d'un échantillon de dispensaires; 4) des discussions de groupes centrées sur un sujet donné avec un échantillon de comités de santé de village; 5) l'étude d'un échantillon de l'inventaire des médicaments et des états financiers d'un dispensaire; 6) une étude des rapports des superviseurs des agents de santé; et 7) une étude des données socioéconomiques du bureau de recensement national.

L'équipe utilise ces données pour préparer une description générale de la participation actuelle de la communauté au programme SSP et identifier les problèmes opérationnels à résoudre. Cela peut inclure la détermination de nouveaux objectifs et de priorités pour le système SSP au niveau du village; le rôle du comité de santé; le rôle de la communauté dans la sélection, la formation et la rémunération de l'agent de santé; le rôle de la communauté dans le financement du programme SSP et l'association de la communauté et du gouvernement dans la supervision et le soutien du programme SSP au niveau de la communauté.

Etape 3. Détermination des priorités et sélection des problèmes à étudier

Parfois, un certain nombre de problèmes ressortiront de l'analyse. A l'évidence, ils ne peuvent être étudiés tous en même temps; il convient de fixer des priorités. L'analyste peut procéder de plusieurs façons. L'une d'entre elles consiste à identifier les problèmes qui semblent devoir exercer l'impact le plus important et à les étudier en premier. Une autre consiste à identifier la suite logique des décisions. Par exemple, avant de prendre une décision quelle qu'elle soit en matière d'incitations, les directeurs de programme doivent établir quels sont les services à fournir. Les décideurs de la communauté et des organismes extérieurs pertinents doivent aider à déterminer quels sont les problèmes opérationnels à étudier et dans quel ordre.

Exemple: Après analyse initiale et consultation avec un groupe de responsables du Ministère de la santé et de représentants du village, l'équipe conclut qu'il existe cinq problèmes étroitement liés qui doivent être étudiés et pour lesquels on doit trouver des solutions: 1) détermination d'objectifs appropriés (les priorités de la santé, les objectifs du programme SSP et les objectifs de la participation communautaire); 2) sélection des stratégies et des activités de la communauté qui assureront la réalisation de ces objectifs pour la participation de la communauté; 3) choix de l'organisation communautaire la plus à même de mener ces activités; 4) identification des mesures

d'encouragement qui sont nécessaires pour assurer la participation de la communauté; et 5) détermination du soutien et de la supervision à apporter par chaque partenaire (communauté et gouvernement). Chaque problème doit être accepté et soutenu à la fois par la communauté et par le Ministère de la santé.

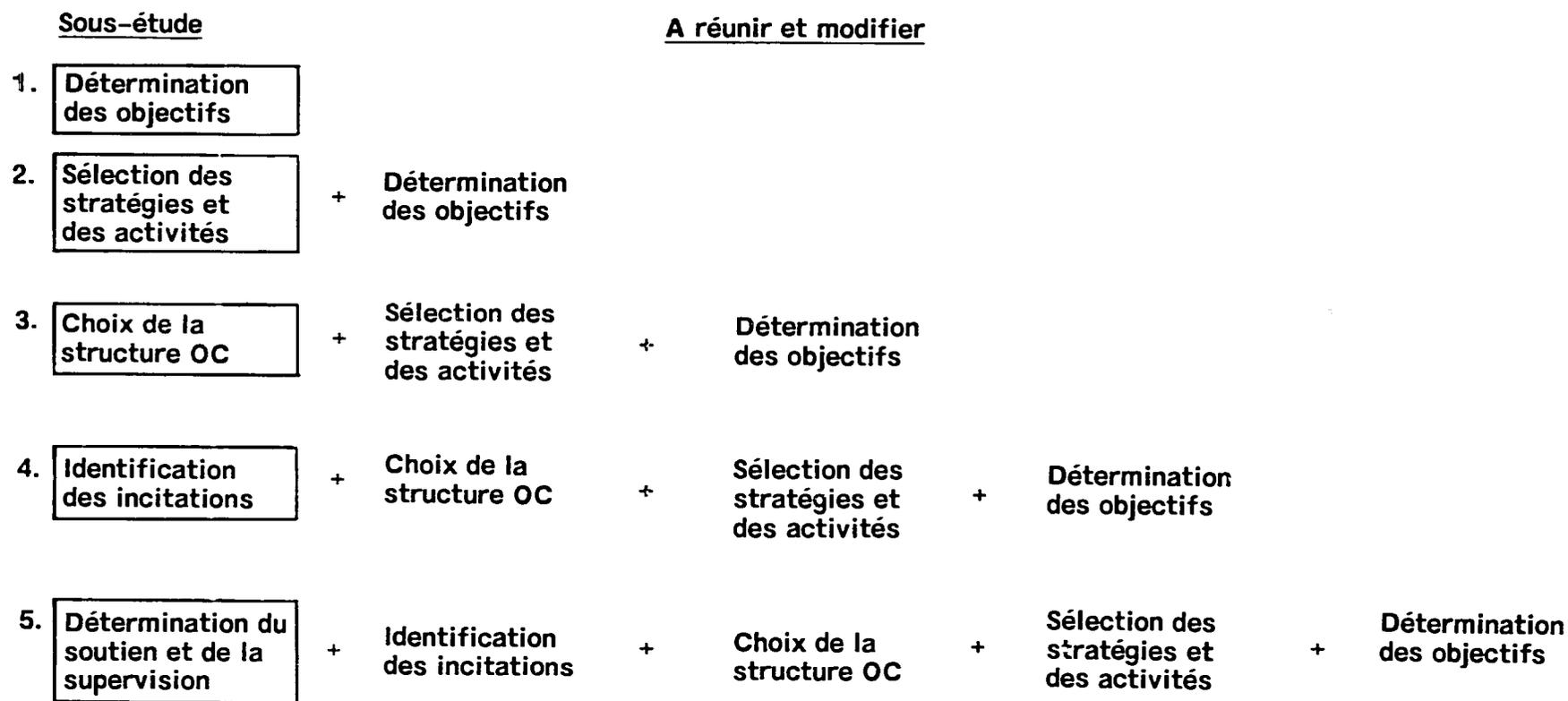
L'équipe reconnaît que chaque problème mérite d'être considéré individuellement et que chacun requerra un effort important. Elle reconnaît également que la mise au point d'une solution à un problème ne peut être isolée des autres problèmes qui lui sont liés. Par conséquent, l'équipe élabore un plan de recherche dans le cadre duquel chaque problème est analysé et une solution mise au point dans cinq sous-études qui se suivent mais qui sont liées comme on le voit sur la figure 3-3.

Par conséquent, dans la sous-étude 1, on analysera le problème posé par la détermination d'objectifs appropriés et on élaborera une solution. Dans la sous-étude 2 de ce plan, on étudiera le problème posé par la sélection de stratégies pour la participation communautaire et par la sélection des activités pouvant être menées par la communauté. Toutefois, au cours de cette deuxième sous-étude, l'équipe de recherche aura la possibilité de reconsidérer les objectifs fixés dans la sous-étude 1 et d'effectuer des changements basés sur la faisabilité des stratégies pour les atteindre. L'équipe procédera de la même façon avec les sous-études 3 et 4. Finalement, dans la sous-étude 5, l'équipe de recherche analysera le problème du soutien et de la supervision à la lumière de tous les problèmes précédents qui ont été étudiés et des solutions qui ont été recommandées. Là encore, on aura la possibilité de modifier et d'ajuster toutes les recommandations préalables basées sur l'interdépendance de tous les groupes de problèmes et de mettre au point un plan intégré et logique au niveau interne.

A ce stade, le Ministère de la santé demande à l'équipe de recherche d'élaborer un plan global pour élaborer de nouveau le programme de soins de santé primaires. Il a été accepté que le groupe de travail, composé de membres de l'équipe de recherche, de responsables du ministère et de membres de la communauté d'un district voisin de 50.000 habitants, soit formé pour élaborer le plan. Les responsables du ministère et les représentants de la communauté prendront les décisions avec l'équipe de recherche agissant en tant que collecteurs de données, analystes de données, animateurs et guides au cours du processus de recherche opérationnelle.

Le groupe passe alors à la première sous-étude qui est l'analyse du problème posé par la détermination d'objectifs appropriés et la mise au point d'une solution au problème. Le groupe réalise qu'il doit subdiviser ce problème. Il faut fixer les objectifs pour le programme de soins de santé primaires et pour toute participation au problème. Il décide d'utiliser un plan de recherche similaire à celui qui a été décrit précédemment, à savoir en premier lieu l'étude des objectifs du programme de soins de santé primaires, puis l'étude des objectifs de l'organisation et de la participation communautaires, comme on le voit à la figure 3-4.

FIGURE 3-3. -- EXEMPLE D'UN PLAN DE RECHERCHE



= sujet de première importance au cours de cette sous-étude

Etape 1. Spécification de l'objectif pour la solution à chaque problème

Pour entamer le processus de solution, l'analyste doit spécifier les caractéristiques de la solution désirée en termes aussi quantitatifs que possible. Un objectif général pour l'organisation communautaire peut consister à assurer la disponibilité des services de santé essentiels en renforçant le sens des responsabilités de la communauté pour sa propre santé et en accroissant la participation de la communauté à la fourniture des ressources nécessaires. En matière de recherche opérationnelle, les objectifs sont généralement de deux types: 1) Ceux qui conservent les choses de valeur (minimisation des intrants, par exemple, minimisation des coûts); et 2) ceux qui obtiennent des choses de valeur (maximisation des extrants, par exemple, maximisation du champ d'application). Il est impossible de réaliser les deux objectifs en même temps (à savoir que l'on ne peut à la fois arriver aux extrants les plus élevés et aux intrants les plus faibles).

Par exemple, on peut fixer comme objectif pour la solution à un problème de paludisme: sélectionner la meilleure combinaison des activités de contrôle du paludisme qui maximisera la réduction de la fréquence de cette maladie chez les enfants en-dessous de 10 ans. En terminologie opérationnelle, une telle définition des caractéristiques d'une solution s'appelle l'objectif de la solution.

Si le problème opérationnel consiste à définir les objectifs de l'organisation et de la participation communautaires, l'objectif de la solution pourra être énoncé comme suit: sélectionner les objectifs du programme qui peuvent être réalisés de la façon la plus efficace par le biais d'une approche de l'organisation ou de la participation communautaires.

Exemple: L'équipe de recherche de Tinari travaille à la fois avec les chefs de la communauté et les responsables de la santé pour atteindre un consensus sur les caractéristiques d'un ensemble acceptable des objectifs du programme. Tous ont finalement été d'accord pour reconnaître que les objectifs les plus raisonnables du programme SSP portent sur le bien-être physique, mental et social de la communauté à son maximum. C'est, à ce stade, l'objectif pour la solution à ce problème.

Etape 2. Identifier les variables (de décision) contrôlables et les variables incontrôlables pour chaque problème

La performance d'un programme peut être représentée par une simple équation:

$$P = f(C,I)$$

ce qui signifie que la performance (P) est fonction (f) d'un ensemble de variables contrôlables (C) et de variables incontrôlables (I). On appelle parfois une telle équation la fonction objective. C'est une définition de la relation entre les actions éventuellement suivies par les décideurs et l'issue de ces actions. Souvent, l'objectif de la solution consiste à maximiser le (P) de cette fonction objective.

On appelle également les variables contrôlables les décisions de variables. Elles sont placées sous le contrôle des décideurs qui doivent fixer pour chacune une valeur "idéale". Par exemple, ils pourraient devoir décider quelles sont les organisations les plus appropriées pour participer à l'élaboration d'un programme SSP, le but spécifique de chaque organisation ou les responsabilités des chefs ou des membres. Il convient d'identifier toutes les variables de décision pour lesquelles des valeurs doivent être établies.

Lorsque les analystes élaborent une solution, ils doivent tenir compte des contraintes, qui sont un autre type de variable incontrôlable. Par exemple, la population de la communauté peut être largement dispersée ou rassemblée en villages compacts. Les contraintes réduisent l'éventail des choix et doivent être identifiées pour cette raison.

Les variables incontrôlables qui favorisent certains choix s'appellent des facteurs de facilitation. Par exemple, si les organisations communautaires existent déjà et sont actives dans d'autres activités de développement, il s'agit là d'un facteur de facilitation. Les contraintes et les facteurs de facilitation ont des valeurs ou des grandeurs, et les analystes doivent également les déterminer.

Un exemple qui pourra aider à montrer comment ces variables sont liées les unes aux autres a trait à un problème d'incitation. L'objectif pourra consister à trouver l'ensemble d'objectifs pour soutenir les agents de santé communautaire qui maximiseront leur performance. Si un village ne peut apporter une contribution annuelle de 100 dollars par agent de santé communautaire, c'est là une contrainte. Une des variables de décision pourra être le montant annuel reçu de la communauté par un agent de santé. La valeur serait un montant spécifique en traitement ou salaire à payer à l'agent (par exemple 65 dollars). La solution idéale consistera à spécifier la valeur de l'incitation financière qui maximisera la performance de l'agent de santé, sans dépasser la contrainte de 100 dollars par agent de santé (c'est-à-dire que la valeur doit être égale ou inférieure à 100 dollars).

Exemple: Une fois que l'on a obtenu un consensus sur l'objectif de la solution (ou le but) pour l'ensemble d'objectifs, le groupe de travail de Tinari identifie les variables de décision et les contraintes pertinentes. Le groupe détermine que les variables de décision englobent l'ensemble des objectifs qui pourraient être facilement envisagés comme les objectifs d'un programme SSP. Par exemple, la "vaccination des enfants de moins de cinq ans" pourra être un objectif réalisable et par conséquent pourra être une variable de décision. La vaccination peut comporter certaines variantes, et il convient de décider de l'étendue des vaccinations à fournir ou de sa "valeur" (par exemple, la vaccination doit-elle avoir pour objectif de couvrir 50 ou 80 pour cent des enfants?). Les "valeurs" des autres objectifs réalisables peuvent être égales à zéro, c'est-à-dire que le groupe pourra décider que les ressources sont trop limitées pour fournir des services pour réaliser cet objectif.

Lorsque l'objectif consiste à maximiser les avantages de la santé (une issue), il doit exister une contrainte sur les intrants. Dans ce cas, on s'est mis d'accord sur deux contraintes: 1) le gouvernement doit fournir plus de 2 dollars par habitant par an pour financer le programme SSP au niveau de la communauté et 2) le coût total du programme ne pourra dépasser 40 dollars par ménage (environ 8 dollars par habitant).

Etape 3. Sélectionner et élaborer un modèle approprié pour résoudre chaque problème

La recherche opérationnelle utilise un large éventail de procédures d'analyse des données afin de trouver des solutions aux problèmes, mais sa caractéristique essentielle est la mise au point de solutions moyennant l'utilisation de modèles. Les modèles sont des représentations de la réalité exprimés en symboles qui peuvent être visuels (cartes, schémas, diagrammes de flux) ou mathématiques (une équation coût-efficacité, un graphique de procédé linéaire).

En matière de recherche opérationnelle, l'analyste sélectionne ou met au point un modèle qui s'adapte au problème étudié et l'utilise par la suite pour trouver la meilleure solution ou la solution idéale au problème. Le modèle permet à l'analyste de donner des valeurs différentes pour les variables contrôlables, afin de trouver la solution la meilleure compte tenu des contraintes. Par exemple, un analyste pourra utiliser une matrice pour assigner une valeur aux différentes stratégies pour la participation communautaire selon certains critères (acceptabilité par la communauté, efficacité escomptée, coût). En donnant à chaque stratégie une note pour chaque critère, l'analyste peut identifier la stratégie dont la note est la plus élevée.

Cette méthode d'application de modèles est beaucoup plus rapide que des expériences sur le terrain, mais aussi beaucoup moins cher. Ce sont les avantages principaux; mais il existe également des limitations. Les modèles ne donnent qu'une représentation déformée de la réalité et doivent donc être soigneusement élaborés, car un modèle inapproprié ou irréaliste donnera des résultats inexacts.

Les spécialistes de la recherche opérationnelle travaillant dans des situations industrielles tentent généralement d'élaborer des modèles mathématiques qui peuvent représenter la situation du problème et apporter la solution idéale au problème. Lorsque l'on est confronté à des problèmes soulevés au cours de programmes d'action sociale comme les soins de santé primaires, il est parfois impossible d'utiliser des modèles mathématiques. La raison en est que les systèmes et les problèmes sont trop complexes. Il est impossible de déterminer les relations quantitatives entre nombre d'importantes variables de décision et l'objectif de la solution. Par

conséquent, l'analyste se trouve dans l'impossibilité de construire un modèle mathématique qui puisse apporter une solution. Une exception importante est le cas où l'analyste ou le décideur essaie de sélectionner une des stratégies de programme possibles. Si les coûts et les effets de chaque alternative peuvent être exactement évalués, il est possible d'utiliser une analyse coût-efficacité pour choisir la meilleure alternative.¹

Une fois que l'on aura analysé un problème dans un système social complexe comme l'organisation communautaire, et une fois que l'on aura mis au point des solutions de rechange, la sélection d'une alternative est très souvent faite par le biais d'un processus de consensus d'un individu ou d'un groupe (à savoir la Technique nominale de groupe ou Delphi). Quelques chercheurs appellent ces processus les "modèles mentaux", qui impliquent que, par un processus de raisonnement, la personne ou le groupe est capable d'envisager tous les facteurs complexes inhérents au problème et d'arriver à une solution, bien qu'il leur serait impossible d'expliquer toutes les étapes qu'ils ont suivies pour arriver à cette décision.

Un nombre d'outils RO très utiles peuvent être utilisés pour résoudre les problèmes dans l'organisation communautaire -- à la fois pour l'analyse des problèmes et la mise au point de solutions de rechange. L'Annexe B est une liste d'un certain nombre d'outils qui peuvent être utilisés à chaque étape du processus RO.

Exemple: Le groupe de recherche de Tinari emploie la Technique nominale de groupe pour dresser une liste complète des objectifs réalisables. Chaque membre du groupe de travail doit faire une liste et classer les objectifs qui leur semblent appropriés pour le programme SSP. Le chef du groupe demande à chaque membre d'énoncer un objectif de sa liste et de l'inscrire sur un morceau de papier. Une fois que tous les objectifs figurent sur la liste, ils sont examinés. Un vote préliminaire a ensuite lieu concernant l'ordre des objectifs sur la liste. On procède à un examen plus approfondi puis à un vote final et l'on aboutit à la liste de 16 objectifs suivants.

¹ Pour de plus amples explications de l'analyse coût-efficacité, voir le document de méthodologie du PRICOR, Méthode de recherche opérationnelle: analyse du coût-efficacité par Jack Reynolds et K. Celeste Gaspari.

Classement

1. Premiers soins
2. Vente de médicaments essentiels
3. Vaccination
4. Soins maternels
5. Contrôle de la croissance
6. Réadaptation alimentaire
7. Planning familial
8. Amélioration de l'approvisionnement en eau
9. TRO et lutte contre la diarrhée
10. Contrôle du paludisme
11. Lutte contre les maladies contagieuses
12. Amélioration de l'assainissement environnemental
13. Traitement des maladies chroniques
14. Santé scolaire
15. Services de santé mentale
16. Soins des handicapés

Cette liste est tout à fait différente de l'ensemble d'objectifs d'origine du programme SSP. Les responsables de la santé comprennent à présent que la communauté désire des premiers soins et des médicaments essentiels. La communauté comprend mieux l'impact sanitaire de services préventifs tels que les vaccinations et le contrôle de la croissance.

Le processus de détermination des objectifs pourrait s'arrêter là. Toutefois, le groupe de travail décide qu'il a besoin d'informations supplémentaires sur le coût-efficacité des différentes stratégies permettant d'atteindre chaque objectif. Il désire savoir ce que chacune des trois stratégies (effort important, moyen et faible) coûtera et ce que chacune produira avant même de choisir l'ensemble définitif des objectifs du programme SSP.

Le groupe lève la séance jusqu'au mois suivant. Au cours de cette période, l'équipe de recherche prépare un ensemble de tables d'évaluation à critères multiples d'utilité afin d'évaluer les diverses stratégies pour atteindre chacun de ces 16 objectifs en relation avec les critères (ou fonction objectif) du bien-être physique, mental et social. On trouvera au tableau 3-1 un exemple de ce type de table.

Etape 4. Rassemblement des données nécessaires

Chaque modèle a certaines exigences en matière de données. Si certaines des données nécessaires ne sont pas disponibles, il faudra les trouver. Comme dans la phase I, les données peuvent provenir d'une variété de sources.

TABLEAU 3-1. -- EVALUATION A CRITERES MULTIPLES DE L'UTILITE

DES OBJECTIFS DE PROGRAMME SSP

Critère	Coefficient de pondération	Premiers soins			Réadaptation nutritionnelle		
		Intensité de l'effort			Intensité de l'effort		
		Faible	Moyen	Elevé	Faible	Moyen	Elevé
Bien-être physique	x	a	d	g			
Bien-être mental	y	b	e	h			
Bien-être social	z	c	f	i			
Utilité pondérée totale		xa +yb +zc	xd +ye +zf	xg +yh +zi			
Coût		\$	\$	\$			
Ratio coût-utilité		$\frac{\$}{xa+yb+zc}$	$\frac{\$}{xd+ye+zf}$	$\frac{\$}{xg+yh+zi}$			

Exemple: Au cours du mois suivant, l'équipe de recherche collecte les informations à trois niveaux d'effort potentiels pour chacun des 16 objectifs: un niveau élevé d'effort ayant l'impact le plus important sur le bien-être physique, mental ou social, mais étant également le plus onéreux; un faible niveau d'effort ayant un impact minimal, mais le coût le plus faible; et un effort intermédiaire ou de niveau moyen. L'équipe évalue le coût de chaque stratégie en utilisant les états financiers existants.

Etape 5. Utiliser le modèle qui permet de mettre au point les solutions optimales à chaque problème

A ce stade, les données pertinentes sur les contraintes, les facteurs de facilitation et les variables de décision remplacent les symboles abstraits dans le modèle. En utilisant des valeurs différentes (quoique toujours réalistes), l'analyste peut concevoir et évaluer plusieurs solutions possibles. Celle qui, compte tenu des contraintes, offre les meilleures possibilités d'atteindre les objectifs, est la solution "idéale".

Exemple: Un mois plus tard, le groupe de Tinari se réunit à nouveau. En utilisant là encore la Technique nominale de groupe, le groupe arrive à un consensus sur les coefficients de pondération à donner à chaque critère (bien-être physique, mental et social). C'est-à-dire qu'il décide tout d'abord de l'importance de chacun des critères de bien-être aux yeux de la communauté. A l'unanimité, le bien-être physique est placé en tête. Ils lui accordent un coefficient de pondération de 1,0. Le groupe aborde ensuite le coefficient de pondération relatif du choix suivant -- le bien-être mental. Il reçoit un coefficient de 0,4. Le bien-être social reçoit un 0,3. Ces notes sont entrées dans chacune des 16 matrices. Le groupe définit ensuite les valeurs de l'utilité de chaque objectif. En utilisant une échelle de 0-100, ils évaluent l'utilité escomptée pour la communauté d'un faible niveau de premiers soins sur le bien-être physique (15), sur le bien-être mental (50) et sur le bien-être social (20). Ils répètent ce processus pour un niveau d'effort moyen et un niveau d'effort élevé. Pendant que le groupe de travail fixe les valeurs des 15 autres objectifs, un des analystes calcule l'utilité pondérée pour chaque rangée en multipliant le coefficient par l'utilité. Par exemple, l'utilité pondérée d'un faible niveau d'effort de premiers soins sur le bien-être physique est de 15 ($1,0 \times 15$). L'utilité pondérée d'un faible niveau d'effort de premiers soins sur le bien-être mental est de 20 ($0,4 \times 50$). L'analyse additionne les résultats dans chaque colonne afin d'obtenir l'utilité pondérée totale et divise ce chiffre par le coût pour obtenir la ratio coût-utilité. Par exemple, l'utilité pondérée totale des premiers soins de faible intensité est de 41 ($15 + 20 + 6$) et le ratio coût-utilité est de 1220 dollars : 1 ($50.000 \text{ dollars}/41$). Le tableau 3-2 montre une évaluation à critères multiples d'utilité achevée pour deux des 16 objectifs.

**TABLEAU 3-2. -- TABLEAU COMPLETE DE L'EVALUATION A CRITERES
MULTIPLES DE L'UTILITE POUR DEUX OBJECTIFS
POTENTIELS DU PROGRAMME SSP**

OBJECTIFS

Critère	Coefficient de pondération	Premiers soins			Réadaptation nutritionnelle		
		Intensité de l'effort			Intensité de l'effort***		
Bien-être physique	1.0	Faible	Moyen	Elevé	Faible	Moyen	Elevé
				15	20	25	0.5
Bien-être mental	0.4	50	60	75	0.5	0.75	1
Bien-être social	0.3	20	30	40	0.5	0.75	1
Utilité totale*		41	53	67	0.85	1.275	1.7
Coût**		\$50,000	\$75,000	\$100,000	\$15,000	\$20,000	\$30,000
Ratio coût-utilité		\$ 1,220	\$ 1,415	\$ 1,493	\$17,647	\$15,686	\$17,674

* Notez que ces valeurs ont été assignées à un groupe hypothétique et ne représentent pas l'évaluation du PRICOR de l'utilité des ces efforts.

** Coût par effort pour un district de 500 000 personnes (10 000 ménages).

*** Les valeurs d'utilité pour la réadaptation nutritionnelle sont faibles car le programme de réadaptation ne profiterait qu'aux enfants de moins de cinq ans qui ont été diagnostiqués comme souffrant d'une malnutrition grave (environ 1 pour-cent de la population).

Ceci étant fait, il reste au groupe de travail à sélectionner la combinaison idéale d'objectifs compte tenu de la contrainte stipulant que le coût total du programme ne doit pas dépasser 6 dollars par habitant, soit 40.000 dollars par district de 50.000 habitants y compris les ressources qui peuvent être tirées de la communauté grâce à des systèmes de paiement ou d'autres mécanismes financiers. Bien qu'il soit maintenant possible de résoudre le problème en utilisant un ordinateur, ce dernier n'est pas à la disposition de l'équipe. Par conséquent, le groupe commence à envisager diverses combinaisons d'objectifs, en observant l'utilité totale de la combinaison tout en maintenant toujours le coût total en-dessous de 400.000 dollars. Finalement, la Technique nominale de groupe est là encore utilisée pour dresser la liste des combinaisons désirées et les classer. On en arrive alors à la combinaison idéale des objectifs du programme.

Etape 6. Mener des analyses de sensibilité de chaque solution

Les solutions issues des procédures décrites ci-dessus doivent être soumises à un test de "réalité" afin de garantir qu'elles sont raisonnables, acceptables aux niveaux politique et culturel et compatibles avec les solutions élaborées pour les autres problèmes opérationnels (à savoir les incitations payées aux agents de santé communautaire). L'analyse de sensibilité permet à l'analyste de voir comment les résultats peuvent changer si les objectifs, les variables de décision ou les contraintes subissaient une modification, par exemple de 5 ou 10 pour cent. (Noter qu'il s'agit là d'un exercice et non pas d'un test réel sur le terrain de la solution.) Après les ajustements indiqués, le chercheur est prêt à recommander la meilleure solution au décideur.

Exemple: Le groupe de Tinari examine les tableaux d'utilité à critères multiples et considère l'impact sur les résultats de ce qui peut être considéré comme des changements raisonnables soit dans les coefficients de pondération, soit dans les valeurs d'utilité ou les coûts. Il considère également l'acceptabilité culturelle et politique des combinaisons variées. Une fois que cela a été accompli, on utilise la Technique nominale de groupe pour choisir la combinaison finale des objectifs préférentiels. La combinaison choisie figure sur le tableau 3-3.

FIGURE 3-3. -- EXEMPLE D'UN PLAN DE RECHERCHE

<u>OBJECTIF</u>	<u>A réunir et modifier</u>	<u>COUT</u>
Premiers soins	Moyen	\$75.000
Vente de médicaments essentiels	Moyen	75.000
Vaccination	Elevé	20.000
Soins maternels	Moyen	50.000
Contrôle de la croissance	Moyen	20.000
Planning familial	Moyen	50.000
TRO	Moyen	20.000
Lutte contre le paludisme	Moyen	50.000
Traitement des maladies chroniques	Faible	<u>30.000</u>
	Coût	\$390.000

A ce stade, il existe un large consensus sur les objectifs du programme SSP. Pour la première fois, les chefs de la communauté et les responsables de la santé font preuve d'optimisme et du désir de collaborer. Ils réalisent qu'il faudra peut-être procéder à des modifications dans cet ensemble d'objectifs, soit au cours des étapes suivantes du processus de planification, soit à la fin de la première année d'exploitation du programme. Toutefois, ils estiment maintenant qu'ils ont à leur disposition un processus et un cadre maniables qui leur permettent de négocier et de choisir les meilleures modifications.

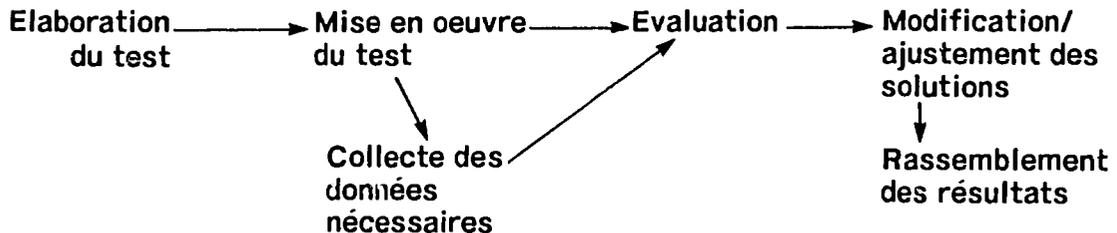
Après avoir terminé l'analyse du problème et l'élaboration de solutions pour la détermination des objectifs du programme SSP, le groupe de travail passe aux autres problèmes tels qu'ils sont décrits aux figures 3-3 et 3-4.

Les autres outils de recherche opérationnelle peuvent être utilisés pour ces différents problèmes. Par exemple, en ce qui concerne le processus de sélection de la meilleure structure organisationnelle de la communauté pour le programme SSP, l'équipe de recherche prépare une série de scénarios pour chacune des alternatives de l'organisation communautaire. Ces scénarios décrivent comment ces organisations fonctionneraient, quels seraient leur coût, leurs effets et leurs conséquences éventuelles aux niveaux politique et social. Le groupe de travail analyse et modifie ces scénarios. Puis on utilise la Technique nominale de groupe et le groupe de travail décide que la structure idéale sera une société de soins communautaires qui serait contrôlée et financée essentiellement par la communauté mais avec une légère subvention de la part du gouvernement en argent et en personnel.

PHASE III: TEST ET EVALUATION DES SOLUTIONS

Les étapes de cette phase sont illustrées à la figure 3-6 et décrites ci-dessous.

FIGURE 3-6. -- ETAPES DU TEST ET DE L'EVALUATION DE LA SOLUTION



Etape 1. Elaboration d'un test des solutions

Une fois que les décideurs ont sélectionné les solutions qu'ils préféreraient, il est possible de procéder à un test ou à un essai afin de valider les solutions. Le test peut porter sur une ou plusieurs solutions, et il peut être conçu de plusieurs façons: en tant qu'étude d'évaluation avec des contrôles, en tant que projet pilote ou expérimental pour tester la faisabilité, ou en tant que modification des opérations du programme à évaluer et ajuster dans le temps. Par exemple, les différentes organisations communautaires pourront être utilisées pour mettre au point une stratégie particulière afin de déterminer quelle est l'organisation la plus adéquate pour cette tâche.

Quelle que soit la forme du test sur le terrain, toutefois, ce dernier doit être conçu soigneusement pour garantir que les conclusions seront exactes et applicables aux autres communautés de la région ou du pays.

Exemple: Le groupe de travail a besoin d'une période de six mois pour terminer la recherche opérationnelle menant à un ensemble de solutions aux cinq problèmes principaux qui ont été identifiés au début de la phase I. Cet ensemble représente en réalité un plan pour un programme SSP révisé pour le district. Le gouvernement exige que le district soit utilisé comme région de test pilote et que l'équipe de recherche supervise la mise en oeuvre d'un test d'un an du nouveau programme. Il s'agira d'une conception de test non-expérimentale qui évaluera la qualité du fonctionnement de ce nouveau programme. On mettra au point le plan de gestion et de recherche nécessaires à la mise en oeuvre du test.

Etape 2. Effectuer le test et collecter les données nécessaires

Les tests sont ensuite mis en oeuvre selon le procédé d'évaluation. Les données sur la performance réelle, notamment le soutien fourni, les services utilisés, la population couverte et les autres indices clés sont rassemblés pour évaluer les solutions.

Exemple: Le test sur le terrain du nouveau programme SSP est effectué dans le district. Les comptes rendus sont analysés par le groupe de travail de Tinari afin de suivre les progrès. Après six mois, l'équipe de recherche effectue un évaluation intermédiaire, et présente ses conclusions au groupe de travail. Le schéma d'organisation communautaire subit un certain nombre de changements importants.

Etape 3. Evaluation et modification/ajustement des solutions

Les solutions théoriques sont modifiées ou ajustées en fonction des conclusions du test. Si les modifications sont importantes, des tests plus approfondis peuvent être nécessaires.

Exemple: Après un an, le programme pilote de Tinari fonctionne sans problèmes. Il convient seulement d'apporter de légères modifications à certains des objectifs du programme du fait d'une sous-estimation des coûts.

Etape 4. Rassemblement des résultats

Parfois, on procède en même temps à plusieurs changements dans le système. Si cela se produit, le chercheur doit envisager le système dans son ensemble afin d'évaluer l'effet des changements dans une partie du système sur le reste du système. Par exemple, un changement dans la stratégie des incitations exigera-t-il un changement dans le niveau de soutien du gouvernement ou de la communauté au programme SSP? L'analyste doit rassembler les différents changements pour s'assurer que le système dans son ensemble continuera de fonctionner de façon productive.

Exemple: Après un an de test et de modification des solutions liées au cinq domaines de problèmes identifiés à l'origine, les analystes élaborent un ensemble de recommandations et de directives pour l'intégration des activités de participation et d'organisation communautaires dans le programme national SSP de Tinari.

UN DERNIER MOT

Certains problèmes ne se prêtent pas à l'ordre exact des étapes décrites ci-dessus. Par exemple, les analystes devront sans doute collecter des données avant de sélectionner un modèle analytique. Les étapes et les méthodes peuvent se chevaucher, ou il se peut qu'un certain nombre d'étapes soient répétées. Les analystes pourront également faire simultanément des recherches sur un certain nombre de problèmes opérationnels. Par conséquent, ces étapes doivent être envisagées comme un guide général du processus de recherche opérationnelle dont on doit faire usage avec souplesse.

ANNEXE A

**RESUMES DES ETUDES FINANCEES PAR LE PRICOR EN MATIERE
D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES**

ANNEXE A: RESUMES DES ETUDES FINANCEES PAR LE PRICOR EN MATIERE
D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Cette annexe décrit plusieurs études dont le PRICOR a approuvé le financement et illustre les différentes méthodes de recherche opérationnelle qui peuvent être utilisées pour étudier les problèmes d'organisation communautaire pour les soins de santé primaires.

COREE: Programme modèle de soins de santé primaires dans les communautés rurales coréennes utilisant la sous-structure d'autosoins au niveau du village

Malgré l'amélioration des conditions économiques, le gouvernement coréen reconnaît qu'il subsiste un grand nombre de besoins importants en santé. Parmi ceux-ci, des soins obstétricaux inadéquats, des niveaux de vaccination insuffisants et un besoin de soins d'urgence et de services de planning familial plus accessibles, particulièrement dans les zones rurales. Afin de satisfaire ces besoins, le gouvernement a promulgué une réglementation spéciale pour les soins de santé des Coréens ruraux. Cette législation comprenait un soutien à la formation et à l'utilisation d'infirmières professionnelles pour délivrer les services SSP dans les communautés rurales éloignées en tant que praticiens. Depuis 1981, plusieurs centaines de praticiens de santé ont été affectés. Leur rôle inclut la santé materno-infantile, le planning familial, la prévention de maladies contagieuses, les traitements médicaux mineurs, l'éducation en matière de santé et la santé environnementale.

Le département de l'enseignement des soins infirmiers à l'université nationale de Séoul, qui assume la responsabilité de la formation des praticiens de santé, a analysé le problème de l'efficacité et de la productivité des praticiens avant d'entamer cette étude. Celle-ci a déterminé qu'il était possible de rehausser cette productivité si les organisations communautaires non-sanitaires existantes pouvaient être utilisées comme sous-structures pour les services SSP fournis par les praticiens de santé. Avant cette étude, les praticiens de santé fournissaient des services SSP uniquement dans le cadre de la structure des centres de santé ou par le biais des visites à domicile.

Il s'agit là d'une étude inhabituelle du PRICOR en ce sens que la phase I de l'analyse du problème et la phase II de la mise au point de la solution ont été terminées avant l'élaboration de la proposition d'étude. Toutefois, des questions subsistent quant aux types de participation à l'organisation communautaire qui seraient les plus efficaces. En outre, il était nécessaire de mesurer l'effet quantitatif de tout accroissement de la productivité associée à une nouvelle structure pour les services des praticiens de santé.

En fait, cette étude est la phase III d'un test sur le terrain quasi expérimental de trois solutions possibles au problème de productivité: 1) le schéma de prestation de services actuel ou standard des praticiens de santé communautaires (groupe de contrôle); 2) prestation de services englobant des organisations communautaires formelles (groupe expérimental I); et 3)

prestation de services englobant les organisations communautaires informelles (groupe expérimental II) en tant que sous-structures pour la délivrance des services des praticiens de santé.

Pour le groupe expérimental I, le BansangHoe est l'organisation officielle participante (il s'agit d'une réunion mensuelle régulière de villageois). Pour le groupe expérimental II, les organisations comprennent les clubs de mères, les clubs 4-H, les groupes religieux et les coopératives agricoles. Ces organisations sont utilisées comme système de communication et de recommandations pour le recueil et la diffusion des informations de santé et pour la délivrance des services de santé. Les chefs de ces organisations non-sanitaires sont formés pour renseigner en matière de santé, servir d'animateurs pour les autosoins et fournir des soins minimum.

L'objectif de la solution consiste à maximiser: 1) l'amélioration des indices de santé; 2) la productivité des praticiens de santé communautaires en ce qui concerne les services assurés; et 3) l'efficacité en ce qui concerne les coûts encourus et le champ d'application couvert. La variable de décision est le type d'organisation communautaire qui participe au programme.

Pour cette étude quasi expérimentale sur le terrain, on a choisi, avec des méthodes non-aléatoires, un échantillon de cinq communes en se basant sur un certain nombre de critères d'étude essentiels. On tire les données qui vont contribuer à évaluer l'incidence de chaque solution sur les objectifs de deux sources: une enquête sur les ménages et les comptes rendus écrits des praticiens de santé communautaires. L'enquête sur les ménages était une enquête de référence au début du test sur le terrain, puis de nouveau, à sa conclusion. On utilise les tests statistiques standards pour comparer les résultats dans les trois comtés.

Le test sur le terrain est mené en trois étapes distinctives. L'étape 1 est l'enquête sur les ménages et le rassemblement des données de référence. L'étape 2 est la mise en oeuvre et l'évaluation du processus. L'évaluation du processus est une évaluation formative intermédiaire continue qui se concentre sur la qualité de fonctionnement des programmes et sur la suggestion de remèdes pour les améliorer au cours de cette période d'essai. La dernière étape comprend l'évaluation finale, la répétition de l'enquête sur les ménages et l'analyse des résultats.

Le département de l'enseignement des soins infirmiers espère apprendre par cette étude si la productivité des praticiens de santé communautaires et le nombre d'habitants couverts par les services SSP essentiels peuvent être accrus en faisant participer les organisations communautaires. Il espère également pouvoir déterminer les types d'organisation qui sont les plus utiles à assister l'effort SSP.

Pour de plus amples renseignements, prendre contact avec le Dr Yeo-Shin Hong, Department of Nursing, Seoul National University, 28 Yunkeun-Dong, Chongno-Ku, Seoul, Corée.

INDE: Etude de recherche opérationnelle sur le financement et les problèmes organisationnels des coopératives de santé

L'Inde a l'un des groupes de coopératives de santé les plus étendus et les plus variés du monde. L'éducation des membres est le principe directeur des coopératives de santé. Cela permet au pauvres de participer à des activités d'auto-assistance, et cela remplace le modèle de consommateur individualiste occidental de services principalement curatifs par un modèle communautaire où les services préventifs jouent un rôle fondamental.

Cette étude se concentre sur les phases I et II de la méthodologie de la recherche opérationnelle. Son but consiste à analyser systématiquement les problèmes auxquels se heurtent les coopératives de santé en Inde, d'après les chefs des coopératives, à analyser les solutions de rechange et à identifier les meilleures solutions.

Les objectifs de l'analyse des problèmes organisationnels sont les suivants: 1) identifier les meilleures façons de réaliser le contrôle et la participation communautaires; 2) trouver le meilleur moyen de recruter les membres de la coopérative sanitaire; 3) identifier les meilleures méthodes pour concilier les différences entre le personnel professionnel et les membres de la coopérative, notamment en ce qui concerne le choix des services de santé; et 4) identifier les meilleures façons de réaliser la transition entre les programmes SSP mis en oeuvre de l'extérieur et un véritable contrôle par la communauté.

Un échantillon représentatif de huit coopératives de santé qui fonctionnent bien sera sélectionné pour l'étude en fonction de leur situation géographique, de leurs relations avec les autres organisations et les coopératives, de leur taille et du nombre d'années d'existence. Les coopératives qui n'ont pas réussi ne seront pas considérées, car il est impossible d'obtenir des informations suffisamment détaillées ou valables a posteriori. On effectuera un pré-test sur une neuvième coopérative afin de revoir les instruments et les procédures d'étude.

Les données seront rassemblées par le biais d'interviews structurées et de groupes de discussion centrées sur un sujet. Chaque coopérative recevra un classement selon certaines variables dépendantes, notamment le niveau d'autonomie financière, le pourcentage de la population cible servie, les services préventifs et curatifs fournis, la satisfaction des consommateurs, la participation des membres et le taux de rétention, le statut socioéconomique des membres de la coopérative par rapport à la population cible (afin d'évaluer dans quelle mesure la coopérative a réussi à faire participer des habitants de la communauté dont le statut est moins élevé). Par définition, les huit coopératives de l'échantillon de l'étude sont arrivées à un certain niveau de contrôle du consommateur. Cette analyse examinera le degré de contrôle interne atteint et les moyens qui leur ont permis de l'atteindre.

Un rapport préliminaire formera la base d'un atelier de chefs des coopératives et de responsables du gouvernement. Les recommandations de l'atelier seront incluses dans le rapport final afin d'être distribuées aux

responsables de la santé des coopératives et du gouvernement en Inde et sous une forme abrégée aux syndicats, aux programmes de santé communautaire et aux autres groupes intéressés par le lancement de coopératives de santé.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec le Dr Henry Elkins, Management Sciences for Health, 165 Allande Rd., Boston, MA 02130, ou le Dr Varghese Kurien, Institute of Rural Management, Anand, Gujarat, Inde.

MALAWI: Organisations communautaires

Au Malawi, les principales causes de morbidité et de mortalité sont les maladies contagieuses, la malnutrition et les complications de la grossesse. La plupart se rencontrent dans les groupes de population à haut risque: les enfants de moins de 5 ans et les femmes en âge de procréer.

Après la conférence internationale d'Alma-Ata en 1978, le Malawi a pris des mesures pour mettre en oeuvre une approche SSP visant à résoudre ces problèmes de santé. Cet effort de soins de santé précoce a révélé le besoin d'identifier les organisations communautaires qui seraient les plus à même d'accroître la participation de la communauté aux soins de santé primaires. La participation de la communauté à la planification et à la mise en oeuvre des activités de soins de santé locaux améliorerait la pertinence des services de santé en utilisant les connaissances, les qualifications et les ressources des membres de la communauté.

L'objectif opérationnel consiste à identifier les organisations les plus à même de participer aux soins de santé primaires et de déterminer la combinaison de tâches idéale pour chacune des organisations participantes. Le but est de maximiser une participation continue de la communauté aux activités SSP.

Au cours de la phase I, le problème sera analysé grâce à l'utilisation d'un modèle décrivant les relations entre les organismes externes et les organisations communautaires. Le modèle permettra d'identifier les mesures qui ont été prises par les diverses organismes extérieurs afin d'atteindre les différents niveaux de participation. Le modèle contribuera également à indiquer les problèmes, les contraintes et les facteurs de facilitation associés à chaque approche.

Les données seront rassemblées grâce à l'examen et à la compilation des informations existantes sur la participation de la communauté, moyennant des enquêtes sur les ménages et des interviews d'informateurs clés. Dans la phase II, une stratégie d'ensemble pour organiser la communauté en matière de soins de santé primaires sera mise au point par le biais d'un consensus de groupe faisant participer tous les décideurs pertinents et utilisant les résultats de l'analyse de la phase I.

Le Ministère de la santé effectuera un essai sur le terrain qui sera coordonné avec d'autres organismes. Lorsque les soins de santé primaires seront introduits dans les trois districts du Malawi, on testera trois

stratégies différentes visant à faire participer la communauté à la mise en oeuvre des soins de santé primaires.

Une des principales qualités de ce projet est le niveau élevé de participation des décideurs du Malawi. Le projet englobe le Ministère de la santé, le Département des services communautaires et le Centre de recherches sociales. Cette participation à un haut niveau accroît les possibilités de l'utilisation des conclusions. Un document final sera rédigé à l'intention du Ministère et pour être distribué à tout organisme engagé dans la participation communautaire.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec M. F.S. Chizimbi, Ministry of Health, Box 30377, Lilongwe 3, Malawi.

HAITI: Intégration de la thérapie de réhydratation orale aux soins de santé primaires grâce aux efforts d'organisation communautaire

Le gouvernement d'Haïti a lancé une campagne au niveau national afin de réduire la mortalité due à la diarrhée et à la déshydratation. Le programme national est pluri-sectoriel par sa nature et englobe l'utilisation de débouchés locaux, le système de soins de santé par le biais du Département de la santé publique et de la population, les autres organismes participant au développement communautaire et à l'éducation de la communauté ainsi que la communauté elle-même et ses ressources.

Cette étude sera menée dans le district sanitaire du Petit Goave au Sud-Ouest d'Haïti, où la déshydratation due à la diarrhée a été identifiée comme étant la première cause de la morbidité chez les enfants de moins de 5 ans, et la deuxième cause de décès (après la malnutrition).

Cette étude utilisera une approche de recherche opérationnelle dans la mise au point et l'essai d'une stratégie optimale pour l'organisation communautaire dans les zones rurales d'Haïti qui maximise la contribution des chefs des communautés, des groupes et des membres individuels à la lutte contre les décès et les handicaps dus à la diarrhée, grâce à l'utilisation appropriée de la thérapie de réhydratation orale et des pratiques qui lui sont liées (allaitement au sein, alimentation réduite au biberon et assainissement de l'eau du village). Les efforts d'organisation communautaire dans les communautés d'intervention seront comparés aux approches types dans les communautés de contrôle.

On effectuera les trois phases du processus de recherche opérationnelle. Dans la phase I (analyse du problème), de nombreuses techniques seront utilisées pour identifier les contraintes et les problèmes pertinents pour accroître l'utilisation appropriée de la thérapie de réhydratation orale (TRO) à domicile. Les techniques comprennent des interviews, une observation, une Technique nominale de groupe, l'approche Delphi, l'analyse du réseau social et l'analyse des coûts. Une enquête de ménage à ménage sera effectuée chez: 1) les communautés sélectionnées pour l'organisation communautaire et l'intervention TRO; et 2) le même nombre de communautés de contrôle similaires qui bénéficieront d'efforts de programme

de TRO normaux. Les résultats de cette enquête serviront de base pour la période des essais sur le terrain.

Dans la phase II, on élaborera une stratégie pour faire participer la communauté à la lutte contre les maladies diarrhéiques et la déshydratation à partir des résultats de la phase I en utilisant un processus de consensus de groupe. Le modèle sera soumis à des révisions avant de passer à la phase III.

Dans la phase III, la stratégie sera testée avec le contingent existant des agents de santé, le personnel de vulgarisation, les éducateurs, les chefs de la communauté et les groupes, les agents de santé villageois et les guérisseurs traditionnels rencontrés dans la région. Il y aura un contrôle trimestriel des schémas d'utilisation de la TRO dans chacune des communautés d'intervention et de service normal. Le test sur le terrain comprendra également l'essai et la révision du matériel de formation et d'enseignement ainsi que des techniques. Un atelier aura lieu après l'essai sur le terrain et un rapport final sera tiré des conclusions de l'atelier. Les sessions de rétroaction avec les agents de santé, les nourrices, les commerçants et les guérisseurs se tiendront régulièrement afin d'identifier les autres problèmes et les contraintes et afin de réviser les modèles.

Pour de plus amples informations sur ce projet, prendre contact avec le Dr Michel Cayemittes, Association des oeuvres privées de santé (AOPS), P.O. Box 1213, Port-au-Prince, Haïti ou le Dr William Ward, School of Public Health, University of South Carolina, Columbia, SC 29208.

LIBERIA: Etude de recherche opérationnelle sur la thérapie de réhydratation orale

Le problème de la diarrhée et de la déshydratation qui en résulte chez les enfants de moins de 2 ans, a été identifié comme une priorité au Libéria. Ce problème est actuellement en cours de résolution grâce aux activités de thérapie de réhydratation orale dans plusieurs projets SSP sous la coordination du Ministère de la santé et du bien-être social. Cette étude tentera de déterminer quels sont les moyens les plus efficaces pour promouvoir l'utilisation appropriée de la TRO par les donneurs de soins à domicile.

Au cours de la phase I, on rassemblera des informations sur les ressources disponibles et les contraintes dans la communauté sélectionnée et cela par différents moyens, notamment l'examen des données existantes, des informateurs clés et des interviews de groupe centrées sur un sujet, l'observation, les enquêtes au niveau du village, des institutions et des ménages et des tests des différents mélanges de TRO.

Les tests pilotes seront effectués au cours de cette phase de l'étude afin de déterminer quels sont les mélanges de réhydratation orale qui sont les plus appropriés et les plus acceptables dans l'environnement rural du Libéria.

Le système SSP du Libéria est encore en cours de développement et aucune organisation communautaire pour les soins de santé primaires n'a eu lieu dans les zones étudiées. Par conséquent, l'équipe de l'étude élaborera plusieurs stratégies d'organisation communautaire pour la diffusion des informations sur la TRO qui pourront comprendre des réunions de village, de groupes de femmes, d'écoles et de mères bénévoles. Si les agents de santé sont présents dans les communautés sélectionnées, ces agents seront également inclus dans la stratégie de diffusion de l'information.

Environ 16 villages seront sélectionnés pour les essais sur le terrain et l'on se fondera sur les similitudes concernant la taille, la langue, la culture et la base économique. Ils seront répartis en un nombre égal de sites d'expériences et de contrôle. Le rassemblement des données avant et après le test insistera sur les changements dans les variables dépendantes comme les connaissances et les attitudes des mères vis-à-vis de la thérapie de réhydratation orale, leur capacité à préparer des solutions de TRO et à utiliser la TRO.

Un rapport final sera préparé et un atelier aura lieu pour formuler des recommandations et examiner les résultats de l'étude.

Pour de plus amples informations, prendre contact avec le Dr Moses K. Galakpai, Department of Preventive Medicine and Public Health, A.M. Dogliotti College of Medicine, University of Liberia, Monrovia, Liberia.

ANNEXE B

**OUTILS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE POUR LA RESOLUTION DES PROBLEMES
EN MATIERE D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE**

ANNEXE B: OUTILS DE RECHERCHE OPERATIONNELLE POUR LA RESOLUTION
DES PROBLEMES EN MATIERE D'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE

On trouvera ci-après certaines des méthodes de rassemblement de données, d'outils d'analyse ou de décision et des plans de recherche qui peuvent être utilisés pour la mise au point de solutions aux problèmes opérationnels d'organisation communautaire. On a combiné les codes des divers outils et méthodes avec les étapes de l'approche RO au cours desquelles ils pourront être utilisés.

Codes

* BSG	Brainstorming (réflexion commune)	IGF	Logical Framework (Cadre logique)
* CEA	Cost-effectiveness analysis (analyse coût- efficacité)	* MCU	Multiple Criteria Utility Assessment (Evaluation d'utilité à critères multiples)
CFA	Cash Flow Analysis (Analyse cash flow)	MPA	Morphological Analysis (Analyse morphologique)
CGA	Contingency analysis (Analyse d'intervention)	* NEX	Non-Experimental Designs (Plans non-expérimentaux)
CPM	Critical Path Method (Méthode du chemin critique)	* NGT	Nominal Group Technique (Technique nominale de groupe)
DLP	Delphi		
DTB	Decision Tables (Tables de décision)	OBT	Objective Trees (Arbres d'objectifs)
DTR	Decision Trees (Arbres de décision)	* OCA	Organizational Climate Analysis (Analyse du climat organisationnel)
EXP	Experimental Designs (Plans expérimentaux)		
FEX	Function expansion (Fonction expansion)	OVD	Oval Diagramming Graphique ovale
FLW	Flowcharts (Diagramme de flux)	PPB	Planning, Programming and Budgeting (Planification, program- mation et budgétisation)
GAM	Gaming (Théorie des jeux)		
GNT	Gantt Charts (Graphiques Gantt)	PPM	Program Planning Method (Méthode de planification de programme)
IDL	IDEALS Strategy (Stratégie IDEALS)	* QEX	Quasi-Experimental Design (Plan quasi-expérimental)
IMD	Interaction Matrix Diagramming (Tracé de la matrice d'interaction)	* QTN	Questionnaires (Questionnaires)
INS	Intent Structures (Structures d'intentions)	SCN	Scenarios (Scénarios)
		* SDM	System Definition Matrix

IPX	Impact-Incidence Matrix (Matrice impact-incidence)		(Matrice de définition des systèmes)
		* SVY	Surveys (Enquêtes)
		SYN	Synectics (Synectics)
* IVW	Interviews (Interviews)	TRD	Tree Diagrams (Schémas des arbres)

* Particulièrement utile pour les problèmes d'organisation communautaire.

Phase I

1. Définir le problème: BSG, NGT, IVW, SVY, QTN, OCA
2. Analyser le problème: IMD, MPA, SDM, TRD, OVD, FLW, CFA, IPX, PPM, CAM, GNT
3. Fixer des priorités et sélectionner des problèmes pour l'étude: NGT, DLP, PPM, CPM,

Phase II

1. Spécifier l'objectif de la solution: NGT, OCA, FEX, OBT, INS, PPM, LGF, MCU
2. Identifier les variables de décision et les variables incontrôlables: IMD, BSG, DTR, IDL, LGF, CPM
3. Sélectionner un modèle approprié: NGT, OCA, SYN, IMD, MCU, SCN, NGT, DLP, DTB, GAM, DTR, OGA, CFA, IPX, CEA, PPM, IDL, PPB, CPM, GNT, LGF
4. Rassembler les données nécessaires: SVY, IVW, QTN, OCA
5. Utiliser le modèle pour élaborer une solution: SYN, IMD, MCU, SCN, NGT, DLP, OCA, DTB, GAM, DTR, OGA, CFA, CEA, PPM, IDL, PPB, CPM, GNT, LGF
6. Mener des analyses de sensibilité: semblable à la phase II, étape 5.

Phase III

1. Essais des plans: NEX, QEX
2. Effectuer des tests et rassembler des données: SVY, IVW, QTN
3. Evaluer/modifier la solution: semblable à la phase III, étape 5
4. Combiner les informations obtenues: semblable à la phase II, étape 5.

Il est important de noter de nouveau que le processus RO est très répétitif. Les travaux sur la phase I et II peuvent avoir lieu simultanément. Nombre des outils peuvent être utilisés dans chacune des trois phases soit à la suite, soit en même temps (par exemple, PPM).

REFERENCES

Peter Delph, Arne Thesen, Juzar Motiwalla et Neelakantan Seshadri, Systems Tools for Project Panning (Bloomington, IN: International Development Institute, Indiana University, 1977). Tous les outils notés ci-dessus (à l'exception de: EXP, NEX et QEX) sont décrits dans ce volume. En outre, une bibliographie est disponible pour chaque outil.

Andrew Fisher, John Laing et John Stoeckel, Handbook for Family Planning Operations Research Design (New York, NY: The Population Council, 1983). Bonnes descriptions des plans pour les phases d'essai des études RO (EXP, NEX et QEX et leurs sous-types).

GLOSSAIRE

Ce glossaire a été compilé afin d'aider les participants à comprendre la signification de certains termes utilisés par le PRICOR.

AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE: Membre indigène de la communauté fournissant les soins sanitaires de base préventifs et curatifs, aux membres de la communauté. Ils sont également appelés animateurs, auxiliaires de santé communautaires, employés de la santé, conseillers sanitaires, vulgarisateurs sanitaires, entre autres.

ALTERNATIVE (OPTION): Situation comportant une possibilité de choix entre deux ou plusieurs solutions, dont une seule sera choisie.

ANALYSE SYSTEMIQUE: Identification des éléments composant un système et évaluation des relations existant entre eux.

ANALYSE FONCTIONNELLE: Terme générique recouvrant l'application d'une large gamme de méthodes (notamment la RO) à des problèmes ou entités qui sont conceptualisés ou organisés en systèmes.

ANALYSE SYSTEMATIQUE: Analyse réalisée selon une procédure organisée.

ANALYSE DE SENSIBILITE: Analyse montrant comment une solution est affectée par la modification d'une ou de plusieurs variables influençant sa valeur.

"BRAINSTORMING": Réunion de plusieurs personnes susceptibles d'avoir des idées sur une question.

BUT: Incidence désirée. Dans le cas des soins de santé primaires, état de santé que l'on désire ou que l'on prévoit d'atteindre grâce à une activité, un projet ou un programme; par exemple, réduire la mortalité infantile.

COMMUNAUTE: Groupe d'individus partageant une organisation ou des intérêts communs, ou vivant aux mêmes endroits avec les mêmes lois.

COMPOSANTE: Élément d'un système.

CONTRAINTE: Élément de nécessité ou restriction affectant un système et limitant la liberté de choix.

COUT-EFFICACITE: Technique servant à comparer les coûts et l'efficacité de différentes solutions possibles pour réaliser le même objectif.

CRITERE: Caractéristique, règle ou test permettant de juger un objet ou un événement.

DECISION: Acte ou processus de choix entre plusieurs solutions.

DEMANDE: Type et quantité de service ou de marchandises désirés ou demandés.

EFFETS: Modification des connaissances, de l'attitude et du comportement (pratiques) d'individus, de familles ou de communautés par suite d'un programme, d'un projet ou d'une activité.

EFFICACITE: Niveau de réalisation des objectifs d'un programme ou d'un système. Les résultats sont habituellement comparés à certaines normes, telles que les objectifs fixés au départ. Par exemple, le programme a atteint 90 pour cent de son objectif.

EFFICIENCE (RENTABILITE): Réalisation des objectifs sans gaspillage de ressources; rapport extrants-intrants engagés. Par exemple, le programme A, qui permet d'examiner 10 mères par jour, est plus rentable que le programme B, avec 5 mères par jour.

EVALUATION: Jugement de valeur. En pratique, processus permettant de juger certains objets, méthodes ou programmes en les comparant à des normes de valeur spécifiques (par exemple les objectifs), en vue de choisir parmi plusieurs solutions possibles.

EXTRANTS: Types et quantités de biens et de services produits par une activité, un projet ou un programme. Par exemple distribution de 750 paquets de sels de réhydratation orale.

FACTEUR DE FACILITATION: Variable incontrôlable qui favorise certains choix (par exemple l'accord des individus de payer les SSP).

FACTEURS INCONTROLABLES: Facteurs qui ne sont pas sous le contrôle du responsable.

FACTEURS CONTROLABLES: (Voir variables de décision).

FINANCEMENT DES SSP PAR LA COMMUNAUTE: Mobilisation des ressources par une communauté en vue de financer la totalité ou une partie des services sanitaires préventifs ou curatifs de base.

FONCTION OBJECTIVE: Enoncé ou équation exprimant les relations entre les actions d'un responsable et les résultats de ces actions ou entre la variable de décision et l'objectif de la solution.

INCIDENCE: Changement dans la condition de vie (par exemple santé, niveau de vie) des individus, des familles ou des communautés par suite d'un projet ou d'une activité. Par exemple, réduction de la mortalité infantile de 15 pour cent.

INDICATEUR: Phénomène observable qui remplace un phénomène moins observable (par exemple le poids par rapport à l'âge d'un enfant est un indicateur de l'état de santé/nutritionnel).

INTERVENTION: Dans le domaine de la santé, activité destinée à modifier une suite d'événements de manière à produire un résultat plus désirable. Par exemple, la vaccination contre la rougeole est une intervention immunologique entre virus et hôte.

INTRANTS: Types et quantités de ressources (travail, argent, matériel, etc.) utilisés pour un programme, un projet ou une activité; parfois appelé effort.

MATRICE: Représentation mathématique ou graphique sous deux dimensions des relations entre un certain nombre de variables.

MESURE: Nombre assigné à un objet ou à un événement. Les mesures peuvent être exprimées sous forme d'unité (45 visites), de taux (10 visites/jour), de proportion (45 visites SSP/380 visites = 0,118), de pourcentage (12 pour cent des visites effectuées) ou de rapport (45 visites/4 ASC = 11,25).

MODELE: Représentation simplifiée de la réalité. En recherche opérationnelle, les modèles sont généralement graphiques (cartes, schémas, graphiques de procédé) ou mathématiques (formules, équations).

OBJECTIF DE LA SOLUTION: Énoncé des caractéristiques d'une solution acceptable, généralement exprimées en termes quantifiés; par exemple maximiser le nombre d'enfants qui peuvent être vaccinés avec un budget de programme particulier.

OBJECTIF: Effet désiré ou prévu résultant d'une activité, d'un projet ou d'un programme (par exemple accroître de 50 pour cent l'utilisation des courbes de croissance).

OPTIMISER: Exploiter un système de manière à ce que le critère du système atteigne sa valeur optimale. Par exemple, minimiser les coûts ou maximiser l'utilisation.

OPTIMUM (OPTIMAL): Valeur maximum ou la plus favorable pouvant être atteinte compte tenu des contraintes.

OPTION: Possibilité de choix entre deux ou plusieurs lignes de conduite.

ORGANISATION COMMUNAUTAIRE DES SERVICES SSP: Processus ou structures facilitant la participation de la communauté aux SSP.

PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE: Participation des membres de la communauté à la planification ou à la mise en oeuvre des activités de la communauté.

PROBLEME OPERATIONNEL: Question, problème ou mauvais fonctionnement spécifique affectant un système opérationnel en limitant la réalisation des objectifs. C'est un problème au sein du système, par opposition aux problèmes d'environnement, de santé ou autres problèmes extérieurs.

PROBLEME: (Voir problème opérationnel).

PROCEDURE: Série de tâches ou d'actions nécessaires à l'exécution d'une opération, telle qu'un examen médical.

PROCESSUS: Ensemble cohérent d'actions ou d'opérations réalisées en vue d'un but spécifique, tel qu'une session d'éducation sanitaire.

PROGRAMME: Ensemble d'activités organisées destinées à atteindre un but.

RECHERCHE OPERATIONNELLE: Application de la science à la solution de problèmes de gestion ou d'administration; processus systématique de résolution des problèmes comprenant trois phases: analyse du problème, mise au point de solutions et essai des solutions.

RESULTAT: Issue d'un programme ou d'une activité, généralement ses effets ou ses incidences, mais peut aussi comprendre ses extrants.

SOINS DE SANTE PRIMAIRES: Stratégie destinée à rendre universellement accessible à la population mondiale les services sanitaires de base.

SOUS-SYSTEME: Système compris dans un système plus vaste.

SYSTEME: Ensemble de composantes discrètes, mais interdépendantes, conçu pour réaliser une série d'objectifs.

VALEUR: Valeur estimée ou évaluée; en RO, la valeur assignée à une variable de décision, telle que le prix fixé pour les paquets de sels de SRO.

VARIABLE INDEPENDANTE: Variable utilisée pour prévoir ou expliquer d'autres variables (dépendantes) (la "cause" dans une relation de cause à effet).

VARIABLE DEPENDANTE: Variable prévue ou expliquée (l'"effet" dans une relation de cause à effet).

VARIABLE DE DECISION: Variable d'un problème de décision sur laquelle les responsables ont une possibilité d'action.

VARIABLES: Facteurs d'un problème de décision dont la valeur peut changer.